令和　　年　　月　　日

小松市長　あて

　　　　　　　　　　　住所(所在地）

　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　代表者名

**暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果報告書**

下記のとおり関係書類を添えて暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者名 |  |
| サービスの種類 | 　□ 就労移行支援　　　　　　□ 就労継続支援（Ａ型）　□ 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型） |
| 暫定支給決定期間 | 　　年　　月　　日　　　～　　　　　年　　月　　日 |
| 評価結果 | 当該サービスの継続利用　　□適当　　□不適当（理由等） |
| 評価年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 評価担当者(ｻｰﾋﾞｽ管理責任者) |  |
| 添付書類※書式自由 | * アセスメントの内容がわかるものの写し
* 個別支援計画書の写し
* 個別支援計画に基づく支援の実績がわかるものの写し

（個別支援計画に係るモニタリング結果，サービス提供実績記録票等） |
| 備考（特記事項等） |  |