

就労選択支援事業における評価結果報告書											別紙 1		
提出年月日											年	月	日
区保健福祉センター所長													
届出者											所在地		
											事業者名		
											代表者名		
下記のとおり関係書類を添えて評価結果を報告します。													
受給者証番号											支給決定 障がい者氏名		
支給 決定期間	年 月 日～ 年 月 日												
事業所番号											事業所電話番号		
事業所名													
評価実施者													
評価結果	☐ 就労系障がい福祉サービス サービス名 () 想定される事業所名 () 利用形態 ☐ 通所 ☐ 在宅 【在宅利用が効果的であったとした理由】												
	☐ その他障がい福祉サービス サービス名 () 想定される事業所名 ()												
	☐ 一般就労に向けた支援（ハローワーク、障がい者就業・生活支援センター 等） 連携先 ()												
	☐ その他（一般就労、職業訓練、教育機関 等） 連携先 ()												
	【理由】												
添付書類	☐ アセスメントシート												

注 想定される事業所名については、報告書提出時点で該当がある場合のみ記載してください。

注 今後の支給決定に際し、参考情報として利用するものであり、就労選択支援事業者が利用サービス等のあっせんを行うものではないことに留意すること。

注 この報告書はアセスメント終了後速やかに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

アセスメント結果に基づく 進路の適否	☐ 適 ☐ 否
備考欄	

別紙 1

就労選択支援事業における評価結果報告書

提出年月日令和 7 年 10 月 20 日

区保健福祉センター所長

届出者

所在地

事業者名

代表者名

大阪市北区中之島1-1-1

中之島園

中之島 太郎

下記のとおり関係書類を添えて評価結果を報告します。

受給者証番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	支給決定 障がい者氏名	大阪 次郎
支給 決定期間	令和 7 年 10 月 1 日～令和 7 年 10 月 31 日											
事業所番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所電話番号	06-9999-9999
事業所名	中之島園											
評価実施者	中之島 花子											
評価結果	☒ 就労系障がい福祉サービス サービス名 (就労継続支援 B 型) 想定される事業所名 (北区事業所) 利用形態☒ 通所☐ 在宅 【在宅利用が効果的であったとした理由】											
	☐ その他障がい福祉サービス サービス名 () 想定される事業所名 ()											
	☐ 一般就労に向けた支援（ハローワーク、障がい者就業・生活支援センター 等） 連携先 ()											
	☐ その他（一般就労、職業訓練、教育機関 等） 連携先 ()											
	【理由】 本事業所によるアセスメントの結果、〇〇という理由から、当該利用者が当初から利用を希望していた就労継続支援 B 型の利用が適していると考えます。 また、就労継続支援 B 型事業所「北区事業所」にてサービス提供を受けることにより、当該利用者が希望する〇〇に向けた訓練を受けることができると考えることから、当該事業所の利用が適していると考えています。なお、当該事業所とは当該利用者の利用について、事前の連携を図っております。											
添付書類	☒ アセスメントシート											

注 想定される事業所名については、報告書提出時点で該当がある場合のみ記載してください。

注 今後の支給決定に際し、参考情報として利用するものであり、就労選択支援事業者が利用サービス等のあっせんを行うものではないことに留意すること。

注 この報告書はアセスメント終了後速やかに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

アセスメント結果に基づく 進路の適否	☐ 適 ☐ 否
備考欄	

別紙 1

就労選択支援事業における評価結果報告書

提出年月日令和 7 年 10 月 20 日

区保健福祉センター所長

届出者

所在地

事業者名

代表者名

大阪市北区中之島1-1-1

中之島園

中之島 太郎

下記のとおり関係書類を添えて評価結果を報告します。

受給者証番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	支給決定 障がい者氏名	大阪 次郎
支給 決定期間	令和 7 年 10 月 1 日～令和 7 年 10 月 31 日											
事業所番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所電話番号	06-9999-9999
事業所名	中之島園											
評価実施者	中之島 花子											
評価結果	☐ 就労系障がい福祉サービス サービス名 () 想定される事業所名 () 利用形態☐ 通所☐ 在宅 【在宅利用が効果的であったとした理由】											
	☒ その他障がい福祉サービス サービス名 (生活介護) 想定される事業所名 (北区園) ☐ 一般就労に向けた支援 (ハローワーク、障がい者就業・生活支援センター 等) 連携先 () ☐ その他 (一般就労、職業訓練、教育機関 等) 連携先 ()											
	【理由】 本事業所によるアセスメントの結果、〇〇という理由から、当該利用者が当初利用を希望していた就労継続支援B型の利用ではなく、生活介護の利用が適していると考えます。なお、本結果は、当該利用者や相談支援員等にも共有、協議を行い、最終的には当該利用者による意思を尊重したうえで判断しております。 また、生活介護事業所「北区園」にてサービス提供を受けることについては、計画相談員とも連携を図り、事前の調整をおこなっております。											
添付書類	☒ アセスメントシート											

注 想定される事業所名については、報告書提出時点で該当がある場合のみ記載してください。

注 今後の支給決定に際し、参考情報として利用するものであり、就労選択支援事業者が利用サービス等のあっせんを行うものではないことに留意すること。

注 この報告書はアセスメント終了後速やかに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

アセスメント結果に基づく 進路の適否	☐ 適 ☐ 否
備考欄	