

暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書

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訓練等給付事業にかかる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
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）
暫定支給 決定期間	年 月 日～ 年 月 日	
契約事業所番号		契約事業所名
評価実施者 (サービス管理責任者)		
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 アセスメント票 <input type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及び評価結果	

注 この報告は暫定支給決定期間の終期2週間前までに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

サービス継続利用の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
備考欄	

【例（継続利用が適当であると見込まれる場合）】

暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書

提出年月日 平成 24 年 5 月 17 日

北 区保健福祉センター所長

届出者 所在地 大阪市北区中之島1-1-1
事業者名 中之島園
代表者名 中之島 太郎

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる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
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input checked="" type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）		
暫定支給 決定期間	平成 24 年 4 月 1 日～平成 24 年 5 月 31 日		
契約事業所番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	契約事業所名	中之島園
評価実施者 (サービス管理責任者)	北 花子		
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由) 本事業所で行っている自立訓練（機能訓練）を利用することにより、利用以前では消極的だった一人暮らしへの姿勢も、徐々に前向きになりつつあります。利用者の障がいの程度から見ても、今後サービスを利用することで、様々なスキルアップが見込めるため、今後も継続して利用されることが適当であると考えます。		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 アセスメント票 <input checked="" type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input checked="" type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及び評価結果		

添付資料(アセスメント票や個別支援計画等)と理由を比較し、適切な表現かどうかを確認する。

添付資料の有無

注 この報告は暫定支給決定期間の終期 2 週間前までに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

サービス継続利用の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
備考欄	

【例（継続利用が適当でないと見込まれる場合）】

暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書

提出年月日 平成 24 年 5 月 17 日

北 区保健福祉センター所長

届出者 所在地 大阪市北区中之島1-1-1
事業者名 中之島園
代表者名 中之島 太郎

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる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
サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）		
暫定支給 決定期間	平成 24 年 4 月 1 日～平成 24 年 5 月 31 日		
契約事業所番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	契約事業所名	中之島園
評価実施者 <small>（サービス管理責任者）</small>	北 花子		
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input checked="" type="checkbox"/> 不適 (理由) 実際にサービスを利用していただいた結果、就労に対する意欲は強いのだが、障がいの程度が予想していたものより重く、現時点では当事業所での訓練カリキュラムのうち適合しないものがある。サービスの利用期間も限定されているため、一度他のサービス（自立訓練や生活介護）等で一定様子を見て、実際に就労訓練ができる段階で再度当事業所の利用を検討いただく必要があると考える。		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 アセスメント票 <input checked="" type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input checked="" type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及び評価結果		

添付資料(アセスメント票や個別支援計画等)と理由を比較し、適切な表現かどうかを確認する。

添付資料の有無を確認する。

注 この報告は暫定支給決定期間の終期 2 週間前までに提出すること。

※区保健福祉センター処理欄

サービス継続利用の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
備考欄	