訓練等給付の利用にかかる評価結果報告書

令和　　年　　月　　日

　（あて先）前橋市福祉事務所長

所在地

事業者名

下記のとおり、関係書類を添えて訓練等給付の利用にかかる評価結果を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | | | |
| サービス種類 | □　宿泊型自立訓練  □　就労継続支援Ａ型  □　就労継続支援Ｂ型 | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 評価結果 | □　サービス利用の継続が適当  □　サービス利用の継続は不適当  　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 評価担当者 | 職名  氏名  ＴＥＬ | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | |

※個別支援計画、当該計画に基づく支援実績が分かるもの（様式は任意）を添付してください。