

暫定支給決定期間に係る評価結果報告書
(指定障害福祉サービス事業者用)

八千代市長(宛)

令和 年 月 日

報告者	事業所番号													
	事業所の名称													
	事業者(法人等)の名称													
	事業者の代表(職・氏名)													

印

暫定支給決定期間に係る評価結果について、下記のとおり報告します。

記

1. 報告の対象者

受給者証番号																			
支給決定障害者の氏名																			
支給決定に係る障害福祉サービス																			
暫定支給決定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日										

2. 報告に係る資料

(1) 個別支援計画作成に係るアセスメント資料	} 別紙のとおり
(2) 個別支援計画	
(3) 暫定支給決定期間中の支援実績に係る資料	

※ (1) 及び(2)の資料は、暫定支給決定期間に係るものです。当該期間における利用開始前に作成した資料を提出してください。

※ (3)の資料は、支援の内容、状況等に加え、実際に利用した日数や時間等も明確に記載してください。

3. 評価結果

評価決定日	令和	年	月	日	
評価に係る担当	職		氏名		
サービス利用継続の適否	<input type="checkbox"/> 適当		<input type="checkbox"/> 不適当		
適否判断の理由 ※簡潔に要点を記載してください。					
備考					