年　　月　　日

守口市福祉事務所長 様

所在地
事業者名
代表者名　　㊞

標準利用期間を超える支給決定にかかる評価結果報告書

下記のとおり、評価結果について報告します。

氏　　名		受給者番号	
サービスの種類	□ 自立訓練（機能訓練）　□ 自立訓練（生活訓練） □ 宿泊型自立訓練　□ 就労移行支援		
サービス利用期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
延長を要する期間 （最長12ヶ月）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
本人の希望			
当初支援計画の 進捗状況			
延長が必要 となる理由等			
記入者氏名 （サービス管理責任者）		最終アセスメント 実施日	年　　月　　日
添付書類	□ 個別支援計画（利用当初作成分から現在までの全ての写し） □ アセスメント票（利用当初作成分から現在までの全ての写し） □ 利用期間延長に係る個別支援計画（案）		

※記入しないでください

サービス延長の適否	□ 適当　　□ 不適当
備　　考	