令和　　年　　月　　日

神戸市　　福祉事務所長　あて

住所(所在地)

事業者名

**地域相談支援の支給決定更新にかかる評価結果報告書**

地域相談支援の支給決定更新にかかる評価結果を下記のとおり関係書類を添えて報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者名 |  | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 地域相談支援（地域移行支援） | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 評価結果 | □１　現時点では地域生活への移行ができていないが、支援の効果があり、６ヶ月の間に移行できる見込みがあるため、サービスの利用継続が適当 | | | | | | | | | |
| □２　現時点では地域生活への移行ができておらず、また６ヶ月の間に移行できる見込みはないが、支援の効果があり、今後の移行につながると考えられるため、サービスの利用継続が適当 | | | | | | | | | |
| □３　今後も支援の効果がなく、地域生活への移行が見込まれないため、サービスの利用継続は不適当 | | | | | | | | | |
| □４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 評価担当者  (職･氏名･連絡先) | (℡　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 施設・病院担当者  (職･氏名･連絡先) | (℡　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 備考（特記事項等） |  | | | | | | | | | |

※詳細は裏面に記載

※添付書類　１.地域移行計画　２.地域移行計画に基づく支援実績のわかる資料（様式は任意）

|  |
| --- |
| （１）現状 |
|  |
| （２）地域移行計画に対する具体的な評価及びサービス更新することが必要な理由 |
|  |
| （３）利用期間を更新した場合に提供するサービス内容 |
|  |
| （４）今後の具体的な見込み |
|  |
|  |
| （５）主治医等の意見 |
| 医師の氏名　　　　　　　　　　　㊞ |

※行が足りない場合は適宜広げてください