（別紙１）

**就労継続支援Ａ型事業の暫定支給決定に代わる事前アセスメント報告書**

　令和　　年　　月　　日

（宛先）東大阪市障害福祉認定給付課長

届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の

職名・氏名

　下記の者については、当事業所の採用に際しアセスメントを実施し、このたび正式に雇用することを決定しました。つきましては、就労継続支援Ａ型事業（雇用有）の支給申請にあたり、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所名 |  |
| 採用対象者 | 氏名 |  |
| 住所 | 東大阪市 |
| 採用予定年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 評価実施者(サービス管理責任者) |  |
| 添付書類 | ・事前アセスメント日報（アセスメント期間中のもの全て）（別紙２）・事前アセスメント評価結果・事前アセスメント期間に係る個別支援計画・採用通知書等の採用予定の確認できる書類 |
| 担当者 |  | 連絡先 |  |

留意事項

・暫定支給決定を希望する場合は、本報告書の提出は不要です。

※東大阪市処理欄（届出者は記入しないでください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 総括主幹 | 支給決定担当者 |
|  | 暫定支給決定□ 要□ 不要 |  |  |  |  |