障害福祉サービス利用（更新）にかかる支援報告書
（自立訓練・就労移行支援）

年　　月　　日

仙台市長　様

事業者番号	
事業者及びその事業所の名称 代　表　者	

下記のとおり報告します。

記

1　報告対象者

受給者証番号	
支給決定者氏名	
支給決定期間	年　月　日　～　　年　月　日

2　支給決定期間内に実施した支援の実績

□個別支援計画書	（３ケ月ごとの計画の写しを添付）
□その他特記事項	

3　サービスの延長が必要な理由

延長期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日
評価担当者（職・氏名）	
延長理由	
□個別支援計画書案	別紙１
備考	