

(様式第1号)

泉大津市社会福祉事務所長 様

泉大津市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請書

申請日 年 月 日

申請者	住所	氏名
		(電話番号)

泉大津市重度障がい者等就労支援特別事業の給付を申請します。

対象者の状況	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
	受給中の障がい福祉サービスの名称	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護	支援を受ける(予定)の事業所の名称	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業等	就労場所	<input type="checkbox"/> 雇用先 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> その他()
	企業名		労働条件	週 時間
	就労場所住所			

同意書

私は、この申請に係る事務を行うため、所得額確認のため、私の個人情報(住民基本台帳情報、税情報等)を利用することに同意します。

(被雇用者のみ)

- この申請に関して必要があるときは、泉大津市は事業主に対し申請者の就業状況等を確認することに同意します。

申請者氏名 _____

【添付書類】

- 重度訪問介護、同行援護又は行動援護の支給決定を受けていることを示す受給者証の写し
- 支援計画書
- (被雇用者のみ) 雇用されていることを証する書類の写し
- (自営業者等のみ) 自営業者等であることを証する書類の写し