

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

申込者住所

ふりがな

申請者氏名

障がい者就労支援申請書

泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱による障がい者就労支援を受けたいので、次のとおり申請します。

|                                |             |      |         |
|--------------------------------|-------------|------|---------|
| 氏名                             |             |      |         |
| 生年月日                           | 年 月 日（年齢 歳） |      |         |
| 障がいの状況                         |             |      |         |
| 就労支援に参加しようと思ったきっかけ             |             |      |         |
| 障がい福祉サービス事業所<br>利用歴<br>(直近のもの) | 期間          | 事業所名 | サービスの種類 |
|                                | 年 月～ 年 月    |      |         |
|                                | 年 月～ 年 月    |      |         |
| 職歴<br>(直近のもの)                  | 期間          | 会社名  | 仕事の内容   |
|                                | 年 月～ 年 月    |      |         |
|                                | 年 月～ 年 月    |      |         |

上記の者について、障がい者就労支援事業の支援を受け入れることを承諾します。

年 月 日

協力事業所代表者名

協力事業所名

支援実施場所

支援内容

- 協力事業所に登録されています。
- 協力事業所に登録されていないため、「協力事業所登録申請書（様式第1号）」を提出します。