

東大阪市重度障害者等就労支援事業支給申請書

(宛先) 東大阪市長

次のとおり申請します。なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得等の状況等について、調査することに同意します。

申請年月日： 年 月 日

申請者	フリガナ		障害福祉サービス受給者証番号												
	氏名		生年月日	T	S	H									
	居住地	〒 -													
		電話番号													

障害福祉サービスの利用状況等														
受給中の障害福祉サービス		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護												
支援を受ける事業所番号・名称 (上限管理事業所を行う事業所)														
就業形態														
<input type="checkbox"/> 被雇用	会社名				住所									
					連絡先									
<input type="checkbox"/> 自営業等	商号等				住所									
					連絡先									

被雇用者のみ	<input type="checkbox"/> この申請に関して必要があるときは、東大阪市長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) _____
--------	--

- 添付書類
- 支援計画書(様式第2号)
 - 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
 - (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

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。

代理申請時記入欄(◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係	
		氏名				
		居住地	〒 -			電話番号
本人委任欄		私は、東大阪市重度障害者等就労支援事業の利用にかかる申請を、上記の者に委任します。 (申請者) _____				