

堺市重度障害者等就業支援費支給申請書

堺 市 長 殿

就業支援費の支給を受けたいので、堺市重度障害者等就業支援費の支給等に関する要綱第 5 条の規定により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												生年月日			年									月			日													
	氏名															年									月			日													
																(									歳)																
	個人番号																																								
	受給者証番号（障害福祉サービス）																																								
申請内容	居住地		〒										電話番号																												
	就業支援事業		週										時間										月										時間								
		※別紙「支援計画書」のとおり																																							

申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）																											
フリガナ												申請者との 関係																	
氏名																													
住所		〒										電話番号																	

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。