様式第２号（第５条関係）

　　　　　年　　月　　日

大阪狭山市重度障がい者等就労支援特別事業給付費申請書

（あて先）　大阪狭山市福祉事務所長

申請者　　住　　所

氏　　名

電話番号

利用者との続柄

大阪狭山市重度障がい者等就労支援特別事業給付費について、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、所得の状況等について調査することに同意します。また、被雇用者においては、必要な場合、事業主に対し利用者の就業状況等を確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 利用者 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　日 | 年齢 | 　　　　　　　　　歳 |
| 受給中の障害福祉サービス | □　重度訪問介護□　同行援護□　行動援護 | 支援を受ける（予定）の事業所の名称 |  |
| 雇用形態 | □　被雇用□　自営業等 | 就労場所 | □　雇用先□　自宅内□　その他　　（　　　　　　） |