様式第１号（第５条関係）

桶川市重度障害者等就労支援特別事業費支給申請書

　桶川市長

　重度障害者等就労支援特別事業費の支給について、次のとおり申請します。

　申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | |
| 決定されている  障害福祉サービス | | 重度訪問介護　　／　　同行援護　　／　行動援護 | | | | |
| 障害支援区分 | 有 ・ 無 | 区分 １２３４５６ | | |
| 有効期間 |  | | | |
| 〔上記以外の利用中のサービスの内容等〕 | | | | | | |
| 希望する支援  の内容 | | □　重度訪問介護　 　□　同行援護  □　行動援護　　　 　□　支援計画作成支援 | | | | |
| サービスを受ける予定の指定就労支援事業者名 | |  | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、桶川市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  私は、この申請に係る重度障害者等就労支援特別事業費について、上記指定就労支援事業者が請求及び受領することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  氏名 |