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　　　　　　　　　　　 |