　　　年　　月　　日

加古川市重度障害者等就労支援特別事業

支給申請書

（宛先）加古川市長

申請者　　　住　　所

氏　　名

電話番号

Ｅメール

下記のとおり加古川市重度障害者等就労支援特別事業の給付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の状況 | 氏名 | □ 申請者と同じ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 受給者証番号 |  | | |
| 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）事業者の名称 | ※事業者との契約書（写）を添付すること |
| 雇用形態 | □ 被雇用  □ 自営業等 | 就労場所 | □ 雇用先  □ 自宅内  □ その他（　　　　　　） |
| 企業名（就労先） |  | 労働条件 | 週　　　　　時間 |
| 希望支給量 | | □ 重度訪問介護　　　　　　時間/月  □ 同行援護　　　　　　　　時間/月  □ 行動援護　　　　　　　　時間/月 | | |

同意書

　私は、この申請に係る事務を行うため、所得額確認のため、私の個人情報（住民基本台帳情報、税情報等）を利用することに同意します。また、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書等について、加古川市が調査することに同意します。

（被雇用者のみ）

□ この申請に関して必要があるときは、加古川市が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。  
　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

【添付書類】

□ 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

□ 支援計画書（第２号様式）

□ （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