

地域生活支援事業利用(変更)申請書
(重度障害者等就労支援事業)

年 月 日

台東区長 殿

下記のとおり地域生活支援事業(重度障害者等就労支援事業)を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
	氏名						
	居住地	〒					
		電話番号					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号		疾病名	
等級	級・度	障害名					
就労 状況	就労形態	<input type="checkbox"/> 民間企業に雇用される者 <input type="checkbox"/> 自営業者等					
	就労先						
	就労先住所	〒					
		電話番号					
障害福祉サービス支給決定状況		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護					

申請 内容	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月	

利用者負担の算定及び本事業に係る費用の支払い審査のため、世帯の住民基本台帳及び住民税課税台帳を確認すること、就労支援事業者、指定特定相談支援事業者に対して利用状況の確認をすることに同意します。

申請者氏名 _____

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			