

大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請書

(提出先) 大阪市長

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、所得等の状況等について、調査することに同意します。

申請年月日： 年 月 日

申請者	フリガナ		障がい福祉サービス受給者番号	
	氏名		生年月日	T S H 年 月 日
	居住地	〒		
		電話番号		

障がい福祉サービスの利用状況等 ※障がい福祉サービス受給者証の写しを添付することにより、記載の省略可。

障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	. . ~ . .
利用者負担上限月額	円	適用期間	. . ~ . .

重度訪問介護の利用状況

支給決定時間	月	時間	(うち移動加算:月 時間)
支給決定期間	年 月 日	~	年 月 日

申請内容	☐ 大阪市重度障がい者等就業支援事業 (別紙「支援計画表」のとおり)
------	---

利用者負担	☐ 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつけ、いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)
	1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び 特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯。
	2 市町村民税非課税世帯に属する者

就労状況			
	会社名		
	会社住所	会社電話番号	

代理申請時記入欄(◎)	届出者	フリガナ		☐ 代理人 ☐ 代行者	申請者との関係
		氏名			
		居住地	電話番号		
	本人委任欄	私は、重度障がい者等就業支援事業の利用にかかる申請を、上記の者に委任します。 (認定申請者)			

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。