

様式一覧

- 1 大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請書(様式第1号)
- 2 支援計画書(様式第2号)
- 3 大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定通知書(様式第3号)
- 4 大阪市重度障がい者等就業支援受給者証(様式第4号)
- 5 大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請却下通知書(様式第5号)
- 6 大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更申請書(様式第6号)
- 7 大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更決定(却下)通知書(様式第7号)
- 8 大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定取消通知書(様式第8号)
- 9 大阪市重度障がい者等就業支援費氏名変更・転居届(様式第9号)
- 10 大阪市重度障がい者等就業支援費受給者証再交付申請書(様式第10号)
- 11 大阪市重度障がい者等就業支援事業サービス提供実績記録表(様式第11号)
- 12 大阪市重度障がい者等就業支援費明細書(様式第12号)
- 13 請求書(様式第13号)
- 14 代理請求及び代理受領委任状(様式第14号)

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	<input type="checkbox"/> 大阪市重度障がい者等就業支援事業 (別紙「支援計画表」のとおりに)
------	--

利用者負担	<input type="checkbox"/> 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 (◎)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 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。

支援計画書

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- ☐ 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金
- ☐ 大阪市重度障がい者等就業支援事業
- ☐ 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)				住所
氏名	〒 -			
就業形態	民間企業等で雇用 ・ 自営業等に従事 (どちらかに○)	就業開始 (予定) 年月日	年	月 日
主たる障がいの種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 (級・度)	障がい状況		
障がい福祉サービス	重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護	支給決定市町村		
サービス提供事業所		特定相談支援事業所		
支援が必要な介助等				

(2) 職場環境等

フリガナ			フリガナ		
事業所名			所在地		
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期 (週 日勤務)			所定労働時間	
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他 ()			休憩時間	
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他				
業務内容詳細					
必要な機器等					
通勤の有無	有 ・ 無 (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)		経路		
勤務時間中の移動	職場内の移動 有 ・ 無 職場外の移動 有 ・ 無		所要時間 (片道) 分		
執務環境 (会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・ 手すり 有 / 無 ・ エレベーター 有 / 無 ・ 入口から執務スペースまでの段差 有 / 無				
	休憩スペース 有 / 無 ・ 移動範囲内の障害物 有 / 無 ・ 視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・ 支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可				
執務環境 (自宅・その他)					
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他 ()				
雇用管理上の担当者名			安全衛生面の担当者名		
職業生活面の担当者名			その他担当者名		
その他、可能な合理的配慮の取組					

(3) 必要な支援内容

職場 介 助	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容					
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A) 業務介助等時間の目安	(B) その他必要な支援時間の目安	
	始業 (:)					
	終業 (:)					
				(A) 業務支援にかかる 合計時間 (1日)	分程度	
	(B) その他必要な支援					
	具体的に介助が必要な場面					
	○見守り	有 / 無	○ 姿勢の調整	有 / 無	○ 喀痰吸引	有 / 無
	○トイレ介助	有 / 無	○ 給水	有 / 無	○ 体位交換	有 / 無
○食事介助	有 / 無	○ 衣服着脱	有 / 無	○	有 / 無	
			(B) その他必要な支援に係る 合計時間 (1日)	分程度		
			(A) + (B) (注：所定労働時間を超えない範囲で記載) 合計時間 (1日)	分程度		

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満（予定）の場合）年度末までの所定労働時間引き上げ計画

大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定通知書

第 年 月 日 号

(申請者) 様

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり決定しましたので通知します。

支給決定者	フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
	氏 名		生 年 月 日	T S H 年 月 日
	居 住 地	〒		
支給決定日		年 月 日		
支給決定期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
利用者負担		1割（負担上限月額3,000円） ・ 負担なし		
利用可能時間				
特記事項				

大阪市重度障がい者就業支援事業については、本通知書及び大阪市重度障がい者就業支援受給者証を指定重度訪問介護事業所に提示し、契約行為を行うことにより利用が可能となります。

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

(一)

大阪市重度障がい者等就業支援受給者証

受給者番号

支給決定障がい者等

居住地

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

障がい種別

交付年月日

支給市町村

及び印

(二)

支給決定の内容

支給決定期間

年

月

日～

年

月

日

就業支援

利用可能時間

利用料金

1時間あたり

円

自己負担割合

特記事項欄

予備欄

(三)

契 約 内 容	事業者記入欄		
	事業者及び その事業所の 名称		
	契約支給量		
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量に よるサービス提供 終了日	年	月 日
	サービス提供終了 月の終了日までの 既提供量		
契 約 内 容	事業者記入欄		
	事業者及び その事業所の 名称		
	契約支給量		
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量に よるサービス提供 終了日	年	月 日
	サービス提供終了 月の終了日までの 既提供量		

(四)

注意事項欄	
1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。	
2 大阪市重度障がい者等就業支援を受けようとするときは必ずこの証を事業所に提示してください。	
3 この証に記載の支給決定期間を経過したときは、大阪市重度障がい者等就業支援の支給を受けられません。	
4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課にその旨を届け出てください。	
5 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課に届け出て再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課に返してください。	
6 受給者証の資格がなくなったときは、直ちに、この証を大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課に返してください。	
7 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。	

(五)			(六)		
契約内容	事業者記入欄		契約内容	事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称	
	契約支給量			契約支給量	
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月の終了日までの既提供量			サービス提供終了月の終了日までの既提供量	
契約内容	事業者記入欄		契約内容	事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称	
	契約支給量			契約支給量	
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月の終了日までの既提供量			サービス提供終了月の終了日までの既提供量	

(七)			(八)		
契約内容	事業者記入欄		契約内容	事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称	
	契約支給量			契約支給量	
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月の終了日までの既提供量			サービス提供終了月の終了日までの既提供量	
契約内容	事業者記入欄		契約内容	事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称	
	契約支給量			契約支給量	
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月の終了日までの既提供量			サービス提供終了月の終了日までの既提供量	

大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請却下通知書

第 号
年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり却下することに決定しましたので通知します。

申請者	フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
	氏 名		生 年 月 日	T S H 年 月 日
	居 住 地	〒		

却下理由

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更申請書

(提出先) 大阪市長

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		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		

●現在の支給決定内容【変更前】

支給決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
利用可能時間	
利用者負担割合	1割（負担上限月額3,000円） ・ 負担なし

○変更を希望する内容【変更後】

支給決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
利用可能時間	
利用者負担割合	1割（負担上限月額3,000円） ・ 負担なし
変更を申請する理由	

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 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、大阪市重度障がい者等就業支援事業の支給決定内容に係る変更申請を、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。

大阪市重度障がい者等就業支費支給内容変更決定(却下)通知書

第 号
年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

令和 年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の支給内容の変更について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給決定者	フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
	氏 名			生 年 月 日
	居 住 地	〒 電話番号		

決定内容	決定(下記に記載)	・	却下
<input type="checkbox"/> 支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 支給決定時間			
<input type="checkbox"/> 利用者負担割合	1割 (負担上限月額3,000円) ・ 負担なし		
<input type="checkbox"/> 却下の場合 その理由			

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6206-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定取消通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで決定を行った大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり取り消しましたので通知します。

支給決定者	フリガナ		障がい福祉サービス 受給者番号	
	氏 名		生 年 月 日	
	居 住 地	〒 電話番号		

取消年月日	年 月 日
取消事由	

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費氏名変更・転居届

大阪市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

支給決定障がい者	受給者番号														異動年月日						
	フリガナ																				
	氏名																				
	個人番号																				
	居住地	〒																			
届出事由		<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 市内転居																			
異動の内容	フリガナ																				
	新氏名																				
	転居後の居住地 または住所	〒																			
	電話番号	— —																			

届出者	フリガナ											<input type="checkbox"/> 代理人					<input type="checkbox"/> 代行者				
	氏名											申請者との関係									
	住所	〒																			
		電話番号 ()																			

大阪市重度障がい者等就業支援費受給者証再交付申請書

大阪市長 様

年 月 日

フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
氏 名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
		電話番号	

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)		
フリガナ		本人との関係	
氏 名			
住所			
		電話番号	

申請の理由 (当てはまる番号を○で囲む)	1 汚損 2 紛失 3 その他
	(具体的な状況)

※従前使用していた受給者証を添付すること（紛失を除く。）

	枚中		枚
--	----	--	---

令和 年 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業 サービス提供実績記録票 (同行援護支給決定者用)

[illegible][illegible]

	枚中		枚
--	----	--	---

令和 年 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業 サービス提供実績記録票 (行動援護支給決定者用)

[illegible][illegible]

	枚中		枚
--	----	--	---

大阪市重度障がい者等就業支援費等明細書

令和			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

受給者証番号																	
支給決定障がい者氏名																	

請求事業者	指定事業所番号																
	事業者及びその事業所の名称																

利用者負担上限月額							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

給付費明細欄	サービス内容	①事業費単価				②算定時間数			③総費用額(①×②)					④利用者負担額				⑤請求額③－④				
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円
					円			H					円				円					円

請求額集計欄	サービス利用日数			日			
	③総費用額(合計)						円
	④利用者負担額(合計)						円
	⑤請求額(合計)						円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所
氏 名

次のとおり請求します。

金 額	円也
内 容	
支給決定者「」氏に係る	
年度 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業費	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

☐ 債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号	
-------	--

指定口座	
------	--

☐ 次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称		支店名称	
預 金 種 別		口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

本市記入欄

局出納員・区会計 管理者確認印

記載事項等照合先(契約番号等)		執行主管コード		支出命令番号	
請 求 書 等 確 認 者 認 印					
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳 出	<input type="checkbox"/> 歳 入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基 金	

大阪市重度障がい者等就業支援事業にかかる

代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

大阪市長 様

私は、 年 月 日付けで支給決定を受けた大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用に係る大阪市重度障がい者等就業支援事業費の請求と受領に関する権限について、次のとおり委任します。

委 任 者（決定を受けた方）

住所 _____

氏名 _____

上記の権限の委任を受けることを承諾します。

受 任 者（サービス提供事業者）

住所 _____

事業者名

代表者職氏名 _____

（お願い）

- ・決定を受けた方（委任者）へ

この委任状は、記入の上、サービス提供事業者にお渡してください。

- ・サービス提供事業者（受任者）の方へ

この委任状は、事業費を請求する際に必要となりますので、受任者の住所・氏名を記入の上、「請求書」「明細書」「サービス提供実績記録（写）」と併せて、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課あて提出してください。