第1号様式

船橋市重度障害者等就労支援特別事業費支給申請書兼利用者負担額減免申請書兼利用者負担額変更申請書

船橋市長　あて

利用開始日：　　　　　年　　　月　　　日

申請年月日：　　　　　年　　　月　　　日

船橋市重度障害者等就労支援特別事業の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 昭和・平成 |
| 氏名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 居住地 | 〒（電話番号）　　　－　　　　－　　　　　　　 |
| 申請内容 | 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）の事業所の名称 |  |
| 計画相談支援事業所の名称 ※1 |  |
| 雇用形態 | □　被雇用（民間）　　□　自営業等 |
| 就労場所 | □　雇用先　　　　　　□　自宅内　　　　　□　その他（　　　　　　） |
| 申請する利用者負担額減免の理由 |  |
| 申請する利用者負担額変更の理由 |  |

※1　計画相談を利用していない場合は空欄にしておき、次回重度訪問介護等の支給決定時にあわせて計画相談支援の支給決定も受けること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理申請記入 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒（電話番号）　　　－　　　　－　　　　　　　 |

**【同意欄】**

|  |
| --- |
| * 船橋市重度障害者等就労支援特別事業費の支給に関して、支給決定に必要な項目（世帯構成、市民税の税額、要介護認定等）の調査を行うことに同意します。また、左記において個人番号による世帯員の照会を行うことに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |