（第１号様式）

神戸市重度障害者等就労支援特別事業

支給申請書

（宛先）神戸市　　　　福祉事務所長

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所　神戸市　　　　区 | 氏名（電話番号） |

神戸市重度障害者等就労支援特別事業の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（10桁） |  |
| 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□　自営業等 | 就労場所 | □　雇用先□　自宅内□　その他（　　　　　　） |

※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。

（被雇用者のみ）

* この申請に関して必要があるときは、神戸市は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