別記様式第１号（第６条、第７条関係）

ご本人様のお名前・生年月日、手帳番号等をご記入ください。個人番号（マイナンバー）も忘れずにご記入ください。

記入した年月日を

ご記入ください。

文京区重度障害者等就労支援事業支給（変更）申請書

　　　文京区長　殿

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　**令和○年○月○日**

ご利用されるサービスにチェックを入れ、就労状況をご記入ください。

記　入　見　本（成人）

（記入見本を参照し、ご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | **ブンキョウ　タロウ** | | | | | 生年月日 | **平成○年○月○日** | | | | |
| 氏　　名 | | **文京　太郎**  個人番号：**1234 5678 0000** | | | | |
| 居 住 地 | | **〒１１２-８５５５**  電話番号　**03-3812-7111**  **文京区春日1-16-21**  １月１日現在の住民登録地である区市町村（※）　都道府県：　　　　　　　区市町村 | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | **12345** | | 療育手帳番号 | |  | | 特定疾患医療受給者証番号 | | | |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | |  | | 自立支援医療受給者証番号 | | **令和5年1月1日現在**の住民登録地が  文京区でない場合に記入してください。 | | 疾病名 | | | |  |
| ※ １月１日現在の住民登録地が文京区でない場合に記入すること。 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | **サービス新規申請のため。** | | | | | | | | | | |
| 申請（変更）内容 | サービス  の種類 | ☑重　度　訪　問　介　護 | | | | □同　行　援　護 | | | | | □行　動　援　護 | | |
| 就労状況 | 会社名 | | **株式会社○○** | | | | | | | | | |
| 会社住所 | | **文京区春日○-○-○** | | | | | | | | | |
| 業務内容 | | **PCを使ったデスクワーク** | | | | | | 連絡先 | | **０８０-○○○○-○○○○** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人情報利用同意 | 申請者の利用者負担額の決定のために必要な個人情報について、文京区長が取得することに同意します。  　サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、通所支援の利用に関する意向聴取の内容、区市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書、障害福祉サービス等受給者証の記載内容の全部又は一部を、文京区から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 世帯員の氏名  申請者 | 申請者との関係 | 個人番号 | 生年月日 | | **文京　太郎** | 本人 |  |  | | **文京　花子**  配偶者 | **妻** | **2222 2222 2222** | **平成○年○月○日** | | |
| 世帯員（申請者を除く。）の居住地 | 〒  １月１日現在の住民登録地である区市町村　　都道府県：　　　　　　　区市町村 | ☑申請者と同じ |
| 負担上限月額に関する認定 | 以下の区分の適用を申請します（当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）。  １　生活保護受給世帯  世帯員（配偶者）の居住地が、申請者と同じ場合は☑をつけていただければ、住所の記載は省略可能です。  令和5年1月1日時点で文京区に住民登録されていなかった場合は、同時点での住民登録地である区市町村をご記入ください。  ２　区市町村民税非課税世帯に属する者  ３　区市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満）に属する者  ご本人以外の方がご記入された場合は、代筆された方のお名前等をご記入ください。  ４　ひとり親に該当する者（婚姻によらないで母（父）となり、現在婚姻をしていない者。ただし、控除について  は、一定の要件を満たした場合に適用となります。）  ○を付けてください。 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | ☑　申請者本人　　　□　申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 | **〒**  電話番号 | | |