令和　　　年　　月　　日

障がい者就労サポート事業受給資格認定申請書

伊達市長

住所　　伊達市

申請者

（保護者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

障がい者就労サポート事業の受給資格の認定を受けたいので、伊達市障がい者就労サポート事業実施要綱第５条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 伊達市 | 電話番号（　　　　　　　　　　） |
| 通所施設等 | 施設名称 |  |
| 通所手段 | 自家用車・電車・バス・タクシー・有料送迎・他（　　　　　　　） |
| 通所開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種類 | 普通・その他 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| ≪公共交通機関経路　通所手段で電車・バスに○を付けた場合のみ下の表に記入してください≫ |
|  | 会社名 | 乗降場所 | 運賃 |
| 片道 | 障がい者割引 | 定期券 |
| 電車① |  |  | ⇔ |  | 円 | 有・無 | ヶ月 | 円 |
| 電車② |  |  | ⇔ |  | 円 | 有・無 | ヶ月 | 円 |
| バス① |  |  | ⇔ |  | 円 | 有・無 | ヶ月 | 円 |
| バス② |  |  | ⇔ |  | 円 | 有・無 | ヶ月 | 円 |

|  |
| --- |
| ≪通所施設証明欄　必要事項を記入した後に通所施設に証明を依頼してください≫ |
| 通所施設等について、上記記載のとおり相違ないことを証明します。 |
| 証明年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 所在地 |  |
|  | 障がい者施設等名称 |  |
|  | 代表者氏名 | 印 |
|  | 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| ≪添付書類　振込先の通帳の写し（支店名、口座番号がわかるようにコピーを取ってください）≫ |