

川崎市重度障害者等就労支援特別事業支給申請書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

下記のとおり川崎市重度障害者等就労支援特別事業の支給を申請いたします。

		代筆者			申請者との関係			
申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日	年齢	歳
	氏 名							
	居住地	〒 (電話番号)						
身体障害者手帳					療育手帳		精神障害者保健福祉手帳	
障害名					級	障害程度		障害程度
現在利用しているサービス	介護給付	☐ 居宅介護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 生活介護 ☐ 短期入所 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 施設入所支援						
	訓練等給付	☐ 自立訓練（機能訓練） ☐ 自立訓練（生活訓練） ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援（A型） ☐ 就労継続支援（B型） ☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助 ☐ 共同生活援助						
	地域生活支援事業	☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 重度障害者等就労支援						
	介護保険サービス	要介護認定 有・無		要支援（１・２）、 要介護（１・２・３・４・５）				
利用中のサービスと内容等								

月額負担上限額に関する認定

【下記にあてはまる番号のいずれかに○をつけてください】

- 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及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯
- 2 本人及び配偶者が市町村民税非課税
- 3 本人又は配偶者が市町村民税課税で、市町村民税所得割額の合算額が16万円未満
- 4 本人又は配偶者が市町村民税課税で、市町村民税所得割額の合算額が16万円以上

生活保護への移行予防措置に関する申請

生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置）を申請します。

※ いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

届出者	フリガナ氏 名			申請者との関係
	住 所	〒 電話番号		

※申請者自身が届け出る場合には、本欄の記入は不要です。

様式第 2 号

第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

川崎市重度障害者等就労支援特別事業支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった、川崎市重度障害者等就労支援特別事業について、次のとおり決定したので通知します。

支給の可否	
理由 (不支給の場合)	
支給期間	
負担上限月額	
備考	

川崎市重度障害者等就労支援特別事業支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

下記のとおり川崎市重度障害者等就労支援特別事業給付費の支給変更を申請いたします。

			代筆者				申請者との関係		
申請者	フリガナ				生月 年 日	年 月 日	年齢	歳	
	氏 名	個人番号：							
	居 住 地	〒 — (電話番号)							
身体障害者手帳				療育手帳			精神障害者保健福祉手帳		
障害名 級				障害程度			有・無	障害程度 級	

利用者負担額減額・免除等の変更を申請する場合は、以下に記入してください。

□月額負担上限額に関する認定

【下記にあてはまる番号のいずれかに○をつけてください】

- 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及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯
- 2 本人及び配偶者が市町村民税非課税
- 3 本人又は配偶者が市町村民税課税で、市町村民税所得割額の合算額が16万円未満
- 4 本人又は配偶者が市町村民税課税で、市町村民税所得割額の合算額が16万円以上

□生活保護への移行予防措置に関する申請

生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置）を申請します。

※ いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

届出者	フリガナ 氏 名			申請者との関係
	住 所	〒 — 電話番号		

※申請者自身が届け出る場合には、本欄の記入は不要です。

様式第 4 号

第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

川崎市重度障害者等就労支援特別事業支給変更申請書
兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年 月 日付けで申請のあった、川崎市重度障害者等就労支援特別事業について、次のとおり決定したので通知します。

変更内容	
支給期間	
備考	

川崎市重度障害者等就労支援特別事業終了届

川崎市長

次のとおり届け出ます。 届出年月日： 年 月 日

届出者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒 ー (電話番号)		

○就労状況について

	企業名（自営業の場合は従事内容）	(電話番号)
	終了日	年 月 日

○事業終了理由

	☐ 辞退		☐ 市外への転居
	☐ 退職、事業終了		☐ その他（ ）
	☐ 休職		
	☐ 解雇		

代理申請時記入欄 ※1	届出者	フリガナ		申請者との関係
		氏 名		
		居 住 地	〒 ー (電話番号)	
	本人委任欄	私は、川崎市重度障害者等就労支援特別事業の利用終了に係る届出を上記の者に委任します。 (届出者名) ※2		

※1 本人が届け出る場合は記入不要です。
※2 届出者名は自筆による署名をお願いします。

様式第 6 号

第 号
年 月 日

様

川崎市長 印

川崎市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給決定取消通知書

川崎市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱第 1 4 条第 2 項の規定により、次のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

対象者	
支給決定取消日	年 月 日
取消理由	
備考	

支援計画書(自営業の方)

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)			
氏名	〒 - 住所		
就業開始(予定)年月日	年 月 日	障害福祉サービス	重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護
現在利用しているサービス提供事業所		現在利用している特定相談支援事業所	
主たる障害の種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 (級・度)	障害の状況	
支援が必要な介助等			

(2) 職場環境等

職 種		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
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	
業務内容詳細			
必要な機器等			
勤務時間中の移動	有 ・ 無 (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)	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()		

(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	必要な支援時間の目安
	始業 (:)			
終業 (:)				

備考欄

年 月 日

支 援 計 画 書(民間企業等に雇用されている方)

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)	住所		
氏名			
就業開始(予定)年月日	年 月 日	障害福祉サービス	重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護
現在利用しているサービス提供事業所		現在利用している特定相談支援事業所	
主たる障害の種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 (1級・度)	障害の状況	
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
	始業 (:)		
	終業 (:)		
↓ ↓			
備考欄			

通 勤 支 援	通勤支援実施年月日	年	月	日	～	年	月	日	(終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の7月31日まで)									
	通勤支援が必要な日	月	/	火	/	水	/	木	/	金	/	土	/	日	/	不定期(月	日)	
	支援の必要性	全介助・一部介助・見守りのみ(計画作成時点において必要な支援に○をつける)																
	通勤時間帯(開始時間～終了時間)	介助及び見守りが必要な場所(※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載)																
	往路	:	～	:														
復路	:	～	:															

	年	月	日
--	---	---	---

--

--