第１号様式

鎌倉市障害者就労移行支援金給付申請書

（宛先）鎌倉市長　　年　　月　　日

下記のとおり、鎌倉市障害者就労移行支援金の給付申請をいたします。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>住所</td><td colspan="3">鎌倉市
電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">就労移行支援・就労継続支援</td><td>利用給付</td><td colspan="3">１　就労移行支援　　２　就労継続支援</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>利用期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで</td></tr>
<tr><td rowspan="4">支援金振込先指定口座</td><td>金融機関</td><td colspan="3">銀行　　店
金庫
農業協同組合　　所</td></tr>
<tr><td>預金種目</td><td>１普通預金　２当座預金</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

鎌倉市障害者就労移行支援金の給付申請の決定のため、私の住民登録資料、税務資料その他について市職員が調査することに同意します。

年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿