

(様式第2号)

緊急支援事業申請書

申請日	年 月 日				
ふりがな		男・女	生年 月 日	(昭・平) 年 月 日 (歳)	
申請者氏名					
住 所					
連絡先電話					
交通手段					
申 請 理 由					
申請区分	☐ 職場体験				
	☐ 就職 支度金	※就職活動時の写真代、理美容代の申請がある場合には明記してください。			
		【申請金額】	円		
	☐ 健康 診断料	【申請金額】 円			
振込先	金融機関名	支店名	口座 普通 当座 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)

自立相談支援機関名 (部所名)		
連絡先	担当者名	
	電話番号	

(様式第3号)

短期職場体験事業調整依頼書

自立相談支援機関名 (部所名)			
連絡先	担当者名		
	電話番号		

作成日	年 月 日					
ふりがな				男 ・ 女	生年 月日	(昭・平) 年 月 日 (歳)
利用者氏名						
登録事業所	法人名					経営協確認欄
	事業所名					
	担当者名					
	連絡先					
体験内容	体験予定日 (曜日)	第1希望				
		第2希望				
	時 間	時 分 ～ 時 分				
内 容						

(様式第3号)

短期職場体験事業報告書

令和 年 月 日

利用者氏名			
体験事業所名			
自立相談支援 機関記入欄	体 験 日 (曜日)		
	時 間	時 分 ～ 時 分	
	内 容		
本人感想			H ×1,000 = 円
就 職 活 動 応援金申請	() 時間 () 分		
交通費申請	利用した公共交通機関名： 日× 円(往復の金額)＝ 円		

「本人感想」を本会の広報活動（本事業のパンフレットへの掲載、HPの掲載等、掲載する際は匿名となります）に使用してもよろしいですか。

☐ 使用可
 ・
 ☐ 使用不可

(様式第 4 号)

自立相談支援機関意見書

令和 年 月 日

茨城県社会福祉法人経営者協議会長 様

自立相談支援機関名

責任者名

緊急支援事業（就職支度金）の申請について、下記のとおり意見を提出します。

記

申請者	ふりがな			男・女	生 年 月 日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日生 (歳)
	氏 名					
	住 所	(〒 -)			連絡先	
	就職先	名称	所在地		連絡先	
アセスメントもしくは支援プランの概要						
就職支度金を必要とする理由						
支援調整会議出席者 (※開催の場合のみ記載)		所 属		氏 名		