

# 在宅就業障害者登録申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

住 所

氏 名

連絡先 (TEL)  
(メールアドレス)

障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領第3条第1項に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請書及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを宣誓します。

1 在宅就業を始めた年月日	
2 在宅就業を行う場所	※該当する番号に○をつけ、( ) 内にその施設の名称を記入してください。 1 自宅 2 就労移行支援事業所 ( ) 3 その他 ( ) ※上記の住所(所在地)を記入してください。
3 受注可能な物品及び役務の内容	

- 備考1 この届出書には、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写しを添付してください。
- 2 本制度における在宅就業障害者には、企業等に雇用され在宅で勤務する障害者を含みません。