

ステップアップサポート事業・自立相談支援事業利用申込書

ステップアップサポート事業は、様々な事情によりすぐに働くことが難しい方に、本人の意思を尊重しながら、役割を持って活動できるように就労に向けた準備を段階的にサポートするものです。

自立相談支援事業は生活上の困りごとや不安のある方の相談に応じ、寄り添いながら自立に向けた支援を行います。

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			
電話番号			
緊急連絡先	氏 名 (続柄)		
	電話番号		

1	ステップアップサポート事業の利用を申込みます。 ※本事業の利用には、「3 自立相談支援事業」の申込が必要です。	☐
2	私は、春日井市ステップアップサポート事業実施要綱第4条 第2項各号の規定に該当します。	☐
3	自立相談支援事業の利用を申込みます。	☐

事業の実施にあたり、私の個人情報を必要な関係機関等と共有すること及び資産又は収入の状況を必要に応じて官公署又は銀行等に照会することに同意します。

(宛先) 春日井市長

年 月 日

自署 申請者氏名

自署 保護者氏名

※未成年の場合は保護者の方の同意が必要となります。