

令和 年 月 日

宇都宮市長 様

法人住所
法人名称
代表者名令和 8 年度「障がい者工賃等ステップアップ事業」に係る
専門家派遣意向調査票

令和 8 年度「障がい者工賃等ステップアップ事業」に係る専門家派遣を受けたいので、下記のとおり提出します。

事業所名 (就労継続支援 A 型)	
担当者職名・氏名	
電話番号	
メールアドレス	
派遣希望	3 年 ・ 2 年 ・ 1 年ごとに判断
主な事業内容	
経営改善にあたっての 課題や取り組みたい点	

年度	生産活動 収入額 (A)	生産活動 必要経費 (B)	生産活動 収支 (C) = (A) - (B)	利用者 賃金総額 (D)	差額 (C) - (D)
令和 5 年度					
令和 6 年度					
令和 7 年度					

※令和 7 年度については見込を記載ください。

【提出先】

宇都宮市保健福祉部障がい福祉課

自立支援グループ

TEL : 028-632-2229

Mail : u1904@city.utsunomiya.tochigi.jp