

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B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		
工賃向上にあたっての 課題や取り組みたい点		
総売上額	令和5年度(実績)	円
	令和6年度(実績)	円
	令和7年度(見込み)	円
平均工賃月額	令和5年度(実績)	円
	令和6年度(実績)	円
	令和7年度(見込み)	円

## 【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