第１号様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 | ※ |

指定市町村事務受託法人指定申請書

年　　月　　日

　　　愛知県知事殿

住　　所

申請者

氏　　名

（法人にあっては、名称

及び代表者の氏名）

　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律並びに児童福祉法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 事務所所在地市町村番号 | | | | | | ※ |
| 申　　請　　者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | |
| 主たる事務所の 所在地 | （〒　　―　　　　） | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | | |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人の所轄庁 |  | | |
| 代表者の職名・ 氏名・生年月日 | 職名 | |  | | フリガナ |  | | |
| 氏名 | （生年月日　　　年　月　日） | | |
| 代表者の住所 | （〒　　―　　　） | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事務所 | 事務所の所在地 | （〒　　―　　　） | | | | | | | |
| 事務所連絡先 | 電話番号 | | |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 指定を受けようとする事務 | 障害者総合支援法第11条の２第１項第１号に規定する事務（質問等事務） | | | | | | 開始予定年月日 | |
| 年　月　日 | |
| 児童福祉法第57条の３の４第１項第１号に規定する事務（質問等事務） | | | | | | 開始予定年月日 | |
| 年　月　日 | |

　備考　１　※印欄は、記入しないでください。

　　　　２　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

　　　　３　「法人所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。