

受付印

合併認定申請書

令和 2 年 2 月 10 日	主たる事務所の所在地	〒000-0000 福岡市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 (000) 000 — 0000 FAX (000) 000 — 0000	
	(フリガナ)	トクテイヒエイリカツドウハウジン フクオカ カイ	
主たる事務所の所在地、法人名、代表者の氏名は、登記簿に記載されているとおり正確に記入します	特定非営利活動法人名	特定非営利活動法人 福岡会	
	代表者の氏名	福岡 太郎	
(宛先)福岡市長	認定(特例認定)年月日	令和元年 8 月 5 日	法第 63 条第 1 項の規定による認定の申請において適用するパブリックサポートテスト基準
認定 NPO 法人の合併は「第 1 項」、特例認定 NPO 法人の合併は「第 2 項」となります。不要な文字を二重線で消します	認定 (特例認定) の有効期間	自令和元年 8 月 5 日 至令和 6 年 8 月 4 日	☐ 相対値基準・原則 ☒ 相対値基準・小規模法人 ☐ 絶対値基準 ☐ 条例個別指定法人
	事業年度	4 月 1 日～3 月 31 日	
特定非営利活動促進法第 63 条 第 1 項 第 2 項 の合併の認定を受けたい 認定 NPO 法人が合併申請する場合は、該当する基準にチェックをしてください			
法人名	主たる事務所の所在地	現に行っている事業の概要	区分
合併後存続する法人名又は合併によって設立する法人名 特定非営利活動法人 福岡会 (代表者名) 福岡 太郎	福岡市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 (000) 000 —0000 FAX (000) 000 —0000	介護保険事業（訪問介護、デイサービス）の他、高齢者と子どもたちの交流・助け合い事業	認定 ・ 特例認定 ・ 上記以外
合併によって消滅する法人名 特定非営利活動法人×××ネット (代表者名) 博多 花子	福岡市△△区△△丁目△△番△△号 電話 (000) 000 —0000 FAX (000) 000 —0000	障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業	認定 ・ 特例認定 ・ 上記以外
合併によって消滅する法人名 (代表者名)	 電話 () — FAX () —		認定 ・ 特例認定 ・ 上記以外

(2枚目)

(注意事項)

- 1 この申請書は、特定非営利活動促進法第63条第3項の規定により、同条第1項の認定を受けようとする認定特定非営利活動法人又は同条第2項の認定を受けようとする特例認定特定非営利活動法人が、同法第34条第3項の認証の申請を行う際に、併せて提出してください。
- 2 申請書本文の $\left(\begin{array}{c} \text{第1項} \\ \text{第2項} \end{array} \right)$ は、いずれか一方の不要文字を二本線で抹消します。
- 3 区分欄は、その法人が該当するものを「○」で囲みます。
- 4 この申請に係る実績判定期間については、合併後存続する法人又は合併によって消滅する各法人（合併によって法人を設立する場合にあっては、合併によって消滅する各法人）の各事業年度のうち申請書提出の直前に終了した事業年度の末日以前2年以内に終了した各事業年度のうち最も早い事業年度の初日から申請書提出の直前に終了した各事業年度の末日までの期間となります。
- 5 申請書には「合併の認定申請書及び添付書類一覧（兼チェック表）」に掲げる書類を添付してください。