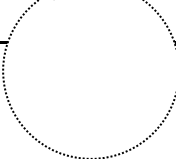


受付印

認定申請書

 平成29年7月1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) 特定非営利活動法人の名称	トクテイエイリカツドウホウジン フクオカカイ 特定非営利活動法人 福岡会	
主たる事務所の所在地、 法人名、代表者の氏名、 設立年月日は、登記簿に 記載されているとおり正 確に記入します	代表者の氏名	福岡 太郎	
	設立年月日	平成23年11月1日	本申請において適用するパブリックサポートテスト基準 <input type="checkbox"/> 相対値基準・原則 <input type="checkbox"/> 相対値基準・小規模法人 <input type="checkbox"/> 絶対値基準 <input type="checkbox"/> 条例個別指定法人 該当する基準にチェックを してください
	事業年度	4月1日～3月31日	
	過去の認定の有無 (過去の認定の有効期間)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 [自 年 月 日] [至 年 月 日]	
(宛先) 福岡市長	過去の特例認定の有無 (特例認定を受けた日)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (年 月 日)	
	認定取消の有無 (取 消 日)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (年 月 日)	
	特例認定取消の有無 (取 消 日)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (年 月 日)	
特定非営利活動促進法第44条第1項の認定を受けたいので申請します。			
(現に行っている事業の概要) 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・助け合いの事業、 会員や利用者の家族、ボランティアなどのために介護の無料講習会や無料相談会を実施していま す。			
法人の活動の目的、実際に行っている事業内容を 記入します			
上記以外の事務所の所在地		左記の事務所の責任者の氏名	役職
〒			
電話 () -			
FAX () -			
〒			
電話 () -			
FAX () -			

(2枚目)

(注意事項)

- 1 申請書を提出する日を含む事業年度の初日において、その設立の日以後1年を超える期間が経過していなければ認定申請書を提出することはできません。
- 2 過去に認定又は特例認定の取消しを受けている場合は、その取消しの日から5年を経過した日以後でなければ認定申請書を提出することはできません。
- 3 過去に認定（有効期間の更新を除きます。）又は認定取消を複数回受けている場合は、直近の認定の有効期間又は取消日を記載してください。
- 4 申請書には「認定を受けるための申請書及び添付書類一覧（兼認定基準等チェック表）」に掲げる書類を添付してください。
- 5 「事務所の責任者」とは、その事務所における判断事項について責任を持って判断ができる者をいいます。
- 6 「上記以外の事務所の所在地」については、定款に記載のあるその他の事務所を全て記入してください。