**「落書き消し活動支援」**

**様式集**

福岡市　市民局　防犯・交通安全課

令和５年4月

（様式第１号）

落書き消し活動に対する支援申請書

　　年　　月　　日

（あて先）福岡市長

住所

団体名

代表者職・　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　(※)本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

生年月日

電話番号

福岡市落書き消し活動に対する支援に関する要綱に基づき、落書き消し活動に必要な資材等の支援を受けたいので、次のとおり申請します。

記

１　実施期間　　　　　　年　　月　　日　　時　　分頃

～　　　　年　　月　　日　　時　　分頃

２　実施エリア　　　区　　　　　丁目　　　番付近

　（地図などの上に実施エリアを明確に示したものを添付してください。）

３　作業責任者

連絡先電話

４　参加予定者　　　　　名

５　実施エリア内における落書き概数※ （ 箇所）

（※およそ１.５ｍ四方内（腕を広げた範囲程度）の落書きは、複数であっても１箇所として計算してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援要件（一部） | （１）営利性、宗教性及び政治性を有さず、かつ、公の秩序及び善良な風俗に反しないか。 | はい・いいえ |
| （２）落書きがされている建物等の管理者等が、当該落書きを消すことについて承諾しているか。 | はい・いいえ |

※申請者は、本件申請にあたり市に提出した個人情報について、市がこの支援からの暴力団排除のため福岡県警察への照会確認に使用することに同意します。

（様式第４号）

落書き消し活動に対する支援申請取下書

　　年　　月　　日

（あて先）福岡市長

住所

団体名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

　　年　　月　　日付市防交第　　　号にて通知のあった落書き消し活動の支援決定について、福岡市落書き消し活動に対する支援に関する要綱第７条の規定により申請を取り下げます。

１　決定通知書を受け取った日　　　　　　年　　月　　日

２　取下げの理由

（様式第５号）

落書き消し活動に対する支援変更申請書

　　年　　月　　日

（あて先）福岡市長

住所

団体名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

　　年　　月　　日付市防交第　　　　号で支援決定の通知を受けた落書き消し活動について変更を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

１　実施期間　　　　　　年　　月　　日　　時　　分頃

～　　　　年　　月　　日　　時　　分頃

２　実施エリア　　　区　　　　　丁目　　　番付近

（地図などの上に実施エリアを明確に示したものを添付してください。）

３　作業責任者

連絡先電話

４　参加予定者　　　　　名

５　実施エリア内における落書き概数※ （ 箇所）

（※およそ１.５ｍ四方内（腕を広げた範囲程度）の落書きは、複数であっても１箇所として計算してください。）

（様式第６号）

落書き消し活動に対する支援中止申請書

　　年　　月　　日

（あて先）福岡市長

住所

団体名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

　　年　　月　　日付市防交第　　　号にて通知のあった落書き消し活動の支援決定について、福岡市落書き消し活動に対する支援に関する要綱第８条の規定により中止の承認を申請します。

１　中止の理由

**役　員　名　簿**

**【法人名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】**※該当する性別・元号を○で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **役　職　名** | **フ リ ガ ナ** | **生　年　月　日** |
| **氏　　　　名** | **元号** | **年** | **月** | **日** |
|  |  |  大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |
|  |  | 大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |
|  |  | 大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |
|  |  | 大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |
|  |  | 大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |
|  |  | 大 ・ 昭 ・ 平 |  |  |  |
|  |

※　申請団体が法人の場合のみ提出してください。

※　役員全員を記載してください。

※　この役員名簿により収集した個人情報については、この事業からの暴力団排除のため福岡県警察への照会確認に使用します。