（別記様式２）

（文書番号）

（元号）○年○月○日

福山市市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

一般社団法人○○○

代表理事　○○　○○

社会福祉連携推進認定の認定申請について

　社会福祉法第126条第１項の規定に基づき、社会福祉連携推進認定を受けたいので、別添の申請書に関係書類を添えて、貴庁の認定を申請する。

（添付資料）

①　定款

　②　社会福祉連携推進方針（別記様式３）

　③　登記事項証明書

　④　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類

　⑤　法第127条各号に規定する認定基準のいずれにも適合することを証する書類（別記様式４）

⑥　法第128条各号に規定する欠格事由のいずれにも該当しないことを証する書類（別記様式５）

　⑦　社会福祉連携推進評議会の構成員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類

　⑧　社員の名称、代表者氏名及び主たる事務所の所在地を記載した書類

⑨　役員・社会福祉連携推進評議会の構成員の履歴書及びその就任に係る承諾書類

⑩　認定申請段階において当該社会福祉連携推進法人に帰属すべき財産の財産目録

⑪　認定申請を行う会計年度及びその次の会計年度における事業計画書及びこれに伴う収支予算書

⑫　その他認定所轄庁が必要と認める書類

* 社会福祉連携推進業務のうち、貸付業務を行う場合は、上記に加え、別紙１の４の（２）の①から⑦までに掲げる書類を添付すること。

（別添）

社会福祉連携推進認定申請書

（表　面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設立代表者 | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  法人の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 法人番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 社会福祉連携推進法人  設立の趣意 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所 | | 所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| 従たる事務所   * ある場合のみ   記載のこと | | 所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| 実施する業務の内容   * 該当するものに○を付すこと | | | | 社会福祉連携推進業務 | | | | | | | | | | | その他業務 |
| 地域福祉支援業務 | | | 災害時支援業務 | 経営支援業務 | | 貸付業務 | | 人材確保等業務 | | 物資等供給業務 |
|  | | |  |  | |  | |  | |  |  |
| 資産 | 純資産  ③－④ | | 内　　　　　　　　　　訳 | | | | | | | | | | | | | |
| ①社会福祉連携推進目的事業財産 | | | ②その他の財産 | | | ③財産計  ①＋② | | | | ④負債 | | | |
| 円 | | 円 | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | |
| 会費等 | 入会金 | | | | 会費（月額・年額） | | | | | | その他 | | | | | |
| 円 | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | |

（裏　面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役員 | 代表理事、  理事、  監事の別 | 役員の資格（該当に○） | | | | 氏名 | | | 親族等の特殊関係者の有無 | | 他の法人の理事長への  就任状況 | | |
| 社会福祉識見 | 福祉サービス実情 | 財務管理識見 | その他 |
| 有無 | 法人名 | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
| 職員数 | 人 | | | | | | | | | | | | |
| 評議会の構成員 | 氏名 | | | | | | 構成員の資格等（該当に○） | | | | | | |
| 福祉サービスを受ける立場にある者 | 社会福祉に関する団体 | | 学識経験を有する者 | | | その他 |
|  | | | | | |  |  | |  | | |  |
|  | | | | | |  |  | |  | | |  |
|  | | | | | |  |  | |  | | |  |
| 社員 | 法人名称 | | | | | | 法人格の種別 | | | 代表者氏名 | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | |

（注意事項）

・　行が不足する場合は、適宜追加すること。