様式第６号

鳥取県障害福祉サービス事業所協働連携企業補助金申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部長 　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　（申 込 者）

　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　鳥取県障害福祉サービス事業所協働連携企業補助金の助成を受けたいので、下記の

とおり申し込みます。

記

１　事業を実施する就労系障害福祉サービス事業所の名称及び事業種別

２　助成を受けたい事業の内容（概要）

３　助成希望額　　　　　　　　　　　　　　　　千円

４　提出書類

（１）事業実施計画書（様式第７号）

（２）収支予算書（様式第８号）

（３）直近の決算書

（４）見積書等金額の根拠となるものの写し

（５）県税の納税証明書

（６）法人役員等に申込前５年以内に法令等に違反し、刑に処せられた者がないことを誓約する書類

（７）その他参考資料（法人概要、実施事業等が分かる資料　等）