則様式第二号（則第二十条関係）

生活困窮者就労訓練事業認定申請書

令和　　年　　月　　日

福　井　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生活困窮者自立支援法（平成25年法律第105号）第16条第１項の規定により生活困窮者就労訓練事業の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活困窮者就労訓練事業を行う者 | 名称 | （フリガナ） |
|  |
| 主たる事務所の所在地および連絡先 | 郵便番号（　　　　　　　　） |
|  |
| 電話番号 |   | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 生活困窮者就労訓練事業が行われる事業所 | 名　　称 | （フリガナ） |
|  |
| 所在地および連絡先 | 郵便番号（　　　　　　　　） |
|  |
| 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 責任者の氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 生活困窮者就労訓練事業 | 利用定員の数 |  |
| 内容 |  |
| 就労等の支援に関する措置に係る責任者(※)の氏名 | （フリガナ） |
|  |

（※）生活困窮者自立支援法施行規則（平成27年厚生労働省令第16号）第21条第２号イに規定する責任者