

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

申請者

主たる事業所の所在地

名 称

代表者の職・氏名

印

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