

非 該 当 届 出 書

年 月 日

(あて先)長崎市長

届出者 所在地  
名 称  
代表者

印

長崎市障害者支援施設等に準ずる者の認定に関する取扱要領第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ					
	名 称					
	届出者の所在地	(郵便番号 — )				
	法人種別					
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
		メールアドレス				
代表者の職・氏名	職 名		フリガナ			
			氏 名			
事業所	フリガナ					
	名 称					
	事業所の所在地	(郵便番号 — )				
届出事項	基準該当区分	<input type="checkbox"/> 第1項 <input type="checkbox"/> 第2項 <input type="checkbox"/> 第3項 <input type="checkbox"/> 第4項 <input type="checkbox"/> 第5項				
	非 該 当 事 由					
	非 該 当 年 月 日	年 月 日				

(備考)

- 「法人種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「特定非営利活動法人」「医療法人」等の別を記載してください。
- 「基準該当区分」欄は、以下を参照の上、該当する項をチェックしてください。
  - 第1項 市内の障害者支援施設等で組織し、障害者の就労機会の確保等の活動又は事業を行う団体
  - 第2項 障害者雇用促進法に規定する特例子会社
  - 第3項 重度障害者多数雇用事業所
  - 第4項 障害者雇用促進法に規定する在宅就業障害者
  - 第5項 障害者雇用促進法に規定する在宅就業支援団体