

(様式1)

令和 年 月 日

(あて先)
大月市長

所在地
法人名称
代表者職氏名 ⑩
電話番号
FAX 番号
E-mail

大月市障害者等相談支援事業応募申込書

このことについて、必要書類を添えて応募します。
なお、大月市障害者等相談支援事業業務委託募集要項中の6応募要件を満たしていることを誓約します。

添付書類 大月市障害者等相談支援事業計画書 (様式2)

大月市障害者等相談支援事業見積書 (任意様式)

指定一般相談支援事業所及び指定特定相談支援事業所の指定がわかる書類

有資格者の資格の取得がわかる書類

法人の定款及び登記事項証明書又は登記簿謄本

※発行後3ヶ月以内のもの

応募要項6応募要件(5)の直近の納税証明書

提出部数 各7部(正本1部 副本6部) 副本は写し可

(提出書類の返却を求めません。)