|  |
| --- |
| 証明願  平成　　年　　月　　日  福 島 県 知 事  所在地  法人名  代表者の職氏名　　　　　　　（代表者印）  　（市町村名）に所在する特定非営利活動法人（団体名）は、地方税法施行規則（昭和２９年５月１９日総理府令第２３号）第１０条の７の３第１項第４号に規定する、認知症である老人、身体障害者、知的障害者若しくは精神障害者またはこれらの者、身体障害児若しくは知的障害児の家族その他の関係者により組織される団体で営利を目的としない団体であることを証明願います。  （添付書類）  １　障害福祉サービス事業者指定通知等の写し  ２　会員（社員）名簿  ３　定款の写し  ４　直近の予算書または決算書の写し  ５　法人役員に係る登記事項証明書の写し  ６　対象となる固定資産に係る登記事項証明書の写し  ７　その他参考となる資料  　上記のとおり相違ないことを証明する。  　　　　　　第　　　　号  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　福 島 県 知 事 　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | 提出書類 | 特記事項 | 提出  部数 |
| １ | 証明願 | 証紙は１部にのみ貼り付けること | ２部 |
| ２ | 障害福祉サービス事業者指定通知等の写し | 県または市町村より事業の指定等を受けたことがわかるもの | １部 |
| ３ | 会員（社員）名簿 | 必須記載事項：住所・氏名・生年月日・障害者等との関係性 |
| ４ | 定款の写し |  |
| ５ | 直近の予算書または決算書の写し |  |
| ６ | 法人役員に係る登記事項証明書の写し | 申請日より３ヶ月以内に発行されたもの |
| ７ | 対象となる固定資産に係る登記事項証明書の写し |
| ８ | その他参考となる資料 |  |

※　居住地が住民票の記載と異なる場合、それぞれ記載すること。

※　NO.２～７については、代表者による原本証明が必要。

　　また、原本証明を行う書類が複数頁にわたる場合は、割印をすること。

　　なお、NO.６及びNO.７について、原本提出の場合は証明不要。

※　提出書類は全てＡ４版とすること。