様式第１１号（第１５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

特定地域型保育事業者確認変更申請書

　大村市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人以外にあっては住所及び氏名）

　子ども・子育て支援法第４４条第１項の確認の変更を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 　フ　リ　ガ　ナ　名称　（　氏　名　） |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地・連絡先 | （郵便番号　　　　－　　　　）　　　　　　都道　　　　　　　　　郡市　　　　　　府県　　　　　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 法人等の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名 | 職名 |  | フリガナ氏　　名 |  |
|  |
| 代表者生年月日 | 年　月　日（満　　歳） | 代表就任年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 代表者の住所・連絡先 | （郵便番号　　　　－　　　　）　　　　　　都道　　　　　　　　　郡市　　　　　　府県　　　　　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※既に特定教育・保育施設等を設置しており、事業者番号が付番されている場合に記入してください。 |
| 事業開始(予定)年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 施設の種類 | 種　　　　　　　　　類 | 添付様式 |
| 　□　小規模保育事業 | 付表１ |
| 　□　家庭的保育事業 | 付表２ |
| 　□　居宅訪問型保育事業 | 付表３ |
| 　□　事業所内保育事業 | 付表４ |