（様式９）

第二種社会福祉事業【無料低額宿泊所】に係る

届出受理に関する証明の交付申請書

　　年　　月　　日

大阪府知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設設置者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

次のとおり、無料低額宿泊所に係る事業の届出受理に関する証明書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 届出の種類 | 　□第二種社会福祉事業【無料低額宿泊所】開始届（様式１）　□第二種社会福祉事業【無料低額宿泊所】変更届（様式２－１）　□第二種社会福祉事業【無料低額宿泊所】変更届（休止・再開）　　（様式２－２）　□第二種社会福祉事業【無料低額宿泊所】廃止届（様式３） |
| 届出年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者及び連絡先 | 担当者　　　　　　　　　　 　電話番号　　　　　　　　　　　  |

※「届出の種類」欄は、該当する□に☑マークを入れてください。