番　　　　　号

（別紙１）

　　年　　月　　日

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部企画課長　殿

　　　　法人種別

　　　　法人等名称

　　　　代 表 者

 職　名

 　氏　名

令和６年度意思疎通支援従事者確保等事業への応募について

標記について、関係書類を添えて応募します。

（１）事業の実施に係る次の書類

　　　○　事業実施計画書（別紙２）

　　　○　事業の実施体制（別紙３）

○　所要額内訳書（別紙４）

　　　○　給与・諸手当、報酬、賃金、諸謝金及び旅費の支給基準（法人の内規）

（２）法人の概要、活動状況に係る次の書類

　　　○　法人の概況書（別紙５）

○　定款又は寄付行為

　　　○　役員名簿

　　　○　理事会等で承認を得た直近の事業実績報告書

（３）法人の経理状況に係る次の書類

　　　○　理事会等で承認を得た直近の収入支出予算（見込）書抄本

　○　理事会等で承認を得た直近の財務諸表（貸借対照表、収支計算書、財産目録）、　監事等による監査結果報告書（写）

（４）ワーク・ライフ・バランス等の推進に関する書類　※該当ある場合

**＜事務担当者の連絡先＞**

　 〒

住所

　所属

　氏名

　TEL

　FAX

　E-mail　　　　　　　　　　　　　　（←携帯電話メールは不可）