

地域支え合い型訪問支援・通所支援事業団体登録変更・廃止申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

住所 千葉市 区

団体名

代表者職・氏名 (※)

※記名押印又は本人(代表者)が署名してください

千葉市地域支え合い型訪問支援・通所支援事業補助金交付要綱第 5 条第 4 項の規定により、次の通り申請します。

1 団体登録変更 (変更項目のみ記入してください。)

項目	変更前	変更後	
団体名称			
代表者	フリガナ		
	職・氏名		
	住所	千葉市 区	千葉市 区
	連絡先電話番号	()	()
	電子メールアドレス	@	@
変更年月日	年 月 日 から		
備考			

*その他、支援内容等、登録内容に変更があるときは、備考欄にその旨を記入し、所定の様式を添えて提出すること。

2 団体登録廃止

廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	

担当者	名前： 電話： 電子メールアドレス：
-----	--------------------------