様式第３号

鳥取県障害福祉サービス事業所新商品開発支援事業申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

 鳥取県福祉保健部長 　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　（申 込 者）

　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　鳥取県障害福祉サービス事業所新商品開発支援事業補助金の助成を受けたいので、下記の

とおり申し込みます。

記

１　事業を実施する就労系障害福祉サービス事業所の名称及び事業種別

２　助成を受けたい事業の内容（概要）

３　助成希望額　　　　　　　　　　　　　　　　千円

４　提出書類

（１）事業実施計画書（様式第４号）

（２）収支予算書（様式第５号）

（３）工賃水準向上のための独自の事業計画書及びそれに基づく工賃引き上げ計画書

（４）直近の決算書

（５）見積書等金額の根拠となるものの写し

（６）その他参考資料（法人概要、実施事業等が分かる資料　等）