**（様式１０）**

令和　　年　　月　　日

**申　立　書**

（あて先）川崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

多摩区障害福祉サービス事業所の設置・運営法人の募集に応募するにあたり、下記のとおり

申立てます。

　　当該団体は、（　　該当する税金名を記入　　）の納税義務はありません。