

受付印

特定非営利活動促進法第 63 条第 1 項又は同条第 2 項の合併の認定を受けるための申請書

登記簿のとおり
正確に記載します。

R4 年 12 月 15 日

「提出日（郵送の場合は投函日）」を記載します。

福岡県知事 殿

主たる事務所の
所在地

〒●●●-●●●●
福岡県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
電話(000)000-0000
FAX(000)000-0000

(フリガナ)

トクテイヒエイリカツドウハウジン〇〇〇〇

法人名

特定非営利活動法人〇〇〇〇

(フリガナ)

トビウメ タロウ

代表者の氏名

飛梅 太郎

認定 NPO 法人の合併の場合は、
該当する基準にチェックします。

認定(特例認定)年月日

R4 年 12 月 1 日

法第 63 条第 1 項申請において適用
するパブリックサポートテスト基準

認定 の有効期間
特例認定

自 R4 年 12 月 1 日
至 R9 年 11 月 30 日

相対値基準・原則
相対値基準・小規模法人
絶対値基準
条例個別指定法人

認定 NPO 法人の合併は第 1 項、
特例認定 NPO 法人の合併は第 2 項です。
該当しない方を二重線で消します。

度 4 月 1 日～3 月 31 日

特定非営利活動促進法第 63 条

第1項
第2項

の合併の認定を受けたいので、申請します。

法人名	主たる事務所の所在地	現に行っている事業の概要	区分
合併後存続する法人名又は合併によって設立する法人名 特定非営利活動法人〇〇〇〇 (代表者名) 飛梅 太郎	福岡県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話 (000)000-0000 FAX (000)000-0000	介護保険法に基づく〇〇事業	<input checked="" type="checkbox"/> 認定 ・ 特例認定 ・ 上記以外
合併によって消滅する法人名 NPO 法人×××× (代表者名) 福岡 次郎	福岡県〇〇市××町×丁目×番×号××ビル×××号室 電話 (000)000-0000 FAX (000)000-0000	障害者総合支援法に基づく〇〇事業	認定 ・ 特例認定 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外
合併によって消滅する法人名 (代表者名)	電話 () - FAX () -		認定 ・ 特例認定 ・ 上記以外

合併によって消滅する法人が複数ある場合には、次葉に記載してください。

(注意事項)

- ・ この申請書は、特定非営利活動促進法第 63 条第 3 項の規定に基づき、同条第 1 項の認定を受けようとする認定特定非営利活動法人又は同条第 2 項の認定を受けようとする特例認定特定非営利活動法人が、同法第 34 条第 3 項の認証の申請に併せて、所轄庁に提出してください。
- ・ 申請本文の

第1項
第2項

 は、いずれか一方の不要文字を二本線で抹消します。
- ・ 区分欄は、その法人が該当する一つを「○」で囲みます。
- ・ この申請に係る実績判定期間については、合併後存続する法人又は合併によって消滅する各法人（合併によって法人を設立する場合にあっては、合併によって消滅する各法人）の各事業年度のうち申請書提出の直前に終了した事業年度の末日以前2年以内に終了した各事業年度のうち最も早い事業年度の初日から申請書提出の直前に終了した各事業年度の末日までの期間となります。
- ・ 申請書には知事が別に定める書類を添付してください。

