（様式2）

2024年　　月　　日

一宮市長　中野　正康　様

所在地　〒

法人名

代表者職氏名　　　　　　印

**申　　立　　書**

　一宮市障害者相談支援事業委託事業者公募要項の「3　応募要件」に該当していることを申し立てます。