

福岡県公報

令和二年九月一日
第百三十二号
増刊
①

目次

規則

○福岡県都市公園条例施行規則の一部を改正する規則 (公園街路課) ……………一

○生活保護法施行細則の一部を改正する規則 (保護・援護課) ……………二

告示

○収納代理金融機関の指定の一部改正 (会計管理局会計課) ……………二六

正誤

○福岡県税条例施行規則の一部を改正する規則 (令和一年九月福岡県規則) 中正誤 ……………二六

規則

福岡県都市公園条例施行規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和二年九月一日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第五十五号

福岡県都市公園条例施行規則の一部を改正する規則

福岡県都市公園条例施行規則(昭和五十二年福岡県規則第二十七号)の一部を次のように改正する。

別表第一中

多目的広場	筑豊緑地	一月四日から三月三十一日まで十一月一日から十二月二十八日まで	午前九時から午後五時まで
-------	------	--------------------------------	--------------

別表第二中

多目的広場の照明	筑豊緑地(球技場)	全点灯	三〇分以内	二、〇八〇円
----------	-----------	-----	-------	--------

多目的広場	筑後広域公園(多目的運動場)	一月四日から三月三十一日まで十一月一日から十二月二十八日まで	午前六時から午後六時まで
	筑後広域公園(多目的運動場)	四月一日から十月三十一日まで	午前六時から午後九時まで
	筑後広域公園(球技場)	一月四日から十二月二十八日まで	午前六時から午後九時まで
筑豊緑地		一月四日から三月三十一日まで十一月一日から十二月二十八日まで	午前九時から午後五時まで
		四月一日から十月三十一日まで	午前九時から午後九時まで

筑後広域公園(多目的運動場)		一月四日から三月三十一日まで十一月一日から十二月二十八日まで	午前六時から午後六時まで
		四月一日から十月三十一日まで	午前六時から午後九時まで
		一月四日から十二月二十八日まで	午前九時から午後五時まで

に改める。

を

定期発行日 毎週火金曜日

〔発行〕 〒 812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県 総務部行政経営企画課 (電話 092-643-3028)
〔作成〕 〒 812-0011 福岡市中央区高砂一丁目6-19 株式会社西日本高速印刷 (電話 092-531-1766)

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

生活保護法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和二年九月一日

多目的広場の照明					
筑後広域公園(多目的運動場)			筑後広域公園(球技場)		筑豊緑地(球技場)
外野点灯	内野点灯	全点灯	半点灯	全点灯	全点灯
三〇分以内			三〇分以内		三〇分以内
一、四六〇円	一、二五〇円	二、四〇〇円	三一〇円	六三〇円	八三〇円

筑後広域公園(多目的運動場)					筑豊緑地(ソフトボール場)
外野点灯	内野点灯	全点灯	半点灯		
三〇分以内			三〇分以内		
一、四六〇円	一、二五〇円	二、四〇〇円	八三〇円		

を
に改める。

福岡県規則第五十六号

生活保護法施行細則の一部を改正する規則

生活保護法施行細則(昭和五十二年福岡県規則第四十八号)の一部を次のように改正する。

第一条中「及び生活保護法施行規則」を「、生活保護法施行規則」に改め、「(施行規則」という。）」の下に「及び日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令(令和二年厚生労働省令第四十四号。以下「要件省令」という。）」を加える。

第八条中「更生施設」の下に「、日常生活支援住居施設」を加える。

第二十四条を第二十六条とし、第二十三条の次に次の二条を加える。

(日常生活支援住居施設の認定等)

第二十四条 要件省令第二条第一項の規定による認定の申請は、日常生活支援住居施設認定申請書(様式第八十四号)によらなければならない。

2 知事は、前項の申請に対する認定の可否を決定したときは、日常生活支援住居施設認定通知書(様式第八十五号)又は日常生活支援住居施設不認定決定通知書(様式第八十六号)により申請者に通知するものとする。

3 要件省令第二条第三項の規定による変更の届出は、日常生活支援住居施設変更届(様式第八十七号)によらなければならない。

4 知事は、日常生活支援住居施設の認定を行ったときは、保護の実施機関(県内の保護の実施機関に限る。ただし、県外の保護の実施機関の長が保護の実施責任を有する被保護者が当該施設に入所する場合は、当該保護の実施機関を含む。次条第二項において同じ。)の長並びに県内の指定都市の長及び中核市の長に対し、その旨を通知し、第二項に規定する通知書の写しを送付するものとする。通知した事項に変更があったときも同様とする。

5 要件省令第五条第一項の規定による認定の辞退の申出は、日常生活支援住居施設認定辞退届(様式第八十八号)によらなければならない。

6 知事は、要件省令第六条第一項の規定による認定の取消し等を決定した場合は、日常生活支援住居施設認定取消等通知書(様式第八十九号)により日常生活支援住居施設

福岡県知事 小川 洋

設に通知するものとする。

(日常生活支援委託事務費)

第二十五条

知事は、日常生活支援委託事務費の単価を設定し、又は変更したとき

は、日常生活支援委託事務費支弁基準額設定通知書(様式第九十号)により日常生活支援住居施設に通知するものとする。

2 前項の場合において、知事は、保護の実施機関の長並びに県内の指定都市の長及び中核市の長に対し、その旨を通知し、前項に規定する通知書の写しを送付するものとする。

3 日常生活支援住居施設であつて日常生活支援委託事務費に係る支援体制加算及び宿直体制加算の対象となることを希望するものは、毎年度、日常生活支援委託事務費に係る(支援体制加算・宿直体制加算)対象施設認定申請書(様式第九十一号)により認定の申請を行わなければならない。

4 日常生活支援住居施設は、被保護者の入所を委託した保護の実施機関の長に対して、日常生活支援委託事務費請求書(様式第九十二号)により、各月ごとの委託事務費を、原則として当該月の翌月十日(その日が土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律(昭和二十三年法律第七十八号)に規定する休日(以下この項において「休日等」という。)に当たるときは、その日の直後の休日等でない日とする。)までに請求するとともに、当該請求書の写しを知事へ送付しなければならない。までに請求するときは、当該請求書の写しを知事に送付しなければならない。

様式第七十一号を次のように改める。

(裏)

注意事項

- 1 この書類は、生活保護法の医療扶助及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の指定を兼ねた申請書です。所在地又は住所地を管轄する保健福祉(環境)事務所を経由して提出してください。
- 2 貴機関が指定された場合には、福岡県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日まで、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
- 6 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 7 「現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 8 「生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - ① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 9 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

様式第八十三号の次に次の九様式を加える。

様式第84号その1 (第24条)

日常生活支援住居施設認定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地

法人名

代表者

印

生活保護法（昭和25年法律第144号）第30条第1項ただし書に規定する日常生活支援住居施設としての認定を受けたいので、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」（令和2年厚生労働省令第44号。以下「要件省令」という。）第2条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、委託事務費に係る支援体制加算及び宿直体制加算の対象となり得る場合には認定を受けたいので、併せて申請します。

1 施設の名称及び所在地

フリガナ	
施設の名称	
基礎となる施設の種類と名称	種類：社会福祉法第2条第3項第8号の事業に供する施設（無料低額宿泊所） 名称： (年 月 日開始届出)
施設の所在地・連絡先	当該無料低額宿泊所における届出の内容と同一

2 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

申請者の名称及び 主たる事務所の所在地		当該無料低額宿泊所における届出の内容と同一		
代表者	職名・氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 - ビルの名称等		

3 事業（日常生活支援の受託）の開始予定年月日

年 月 日

4 申請者の登記事項証明書

(該当する方に☑)

添付1のとおり

要件省令第2条第2項の規定により省略

5 建物その他の設備の規模及び構造

要件省令第2条第2項の規定により省略

6 事業の入所定員数

世帯 人

【世帯人数別居室の内訳】

単身世帯用 (室) 2人世帯用 (室) 3人世帯用 (室) 4人以上世帯用 (室)

7 日常生活及び社会生活上の支援を必要とする者に対する処遇の方法

運営の方針	
処遇に関すること	添付2のとおり
運営規程等	<ul style="list-style-type: none"> 当該無料低額宿泊所に係る規程のほか要件省令を遵守した運営を行う。 (該当する場合のみ☑) <input type="checkbox"/> 認定時に規程を添付3のとおり変更する。

8 施設の管理者及び生活支援提供責任者の氏名及び経歴

施設の管理者	職名 フリガナ 氏名 (経歴は添付4のとおり)
生活支援提供責任者	フリガナ 氏名 (経歴は添付4のとおり)
	フリガナ 氏名 (経歴は添付4のとおり)

9 従業員の勤務体制及び勤務形態

添付5のとおり

10 その他認定に必要な事項

現在の利用状況	(既に無料低額宿泊所の事業を行っている場合のみ) 添付6のとおり

- * 4の「要件省令第2条第2項の規定により省略」は、無料低額宿泊所としての事業開始届出時等に添付した内容から変更がない場合に限る。
- * 日常生活支援委託事務費に係る支援体制加算及び宿直体制加算の認定は、添付5及び添付6によって行うので正確に記載すること。
- * 申請書様式に記載した内容に関して、無料低額宿泊所の事業開始時等に届け出ている事項の変更が必要となる場合には、日常生活支援住居施設の認定後速やかに、別途、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第68条の3の規定による変更届を行う必要があるので注意すること。

【添付書類】

- 添付1 法人の登記簿謄本（現在事項全部証明書）
- 添付2 日常生活及び社会生活上の支援を必要とする者に対する処遇に関する項目
【様式第84号その2】
- 添付3-1 運営規程
- 添付3-2 金銭管理規程（金銭管理を実施する場合のみ）
- 添付4 経歴申告書【様式第84号その3】
- 添付5 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表【様式第84号その4】
- 添付6 在所者一覧表【様式第84号その5】

【その他、必要に応じて添付が必要となる書類】

- 資格証、研修修了証、実務経験証明書

様式第84号その2 (第24条)

日常生活及び社会生活上の支援を必要とする者に対する処遇に関する項目

施設名： (年 月 日作成)

① 従業者構成及び勤務体制

別添「従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」のとおり。

② サービス等の提供・料金

	費用の種類	月額(31日間)	内訳等
居室の使用等	1 居室使用料	円	
	共益費	円	
	電気代	円	
	水道代	円	
	ガス代	円	
		円	
		円	
サービスの提供	基本サービス費	円	
	食事提供(食)	円	
	食事提供(食)	円	
	食事提供(食)	円	
		円	
	円		
1カ月当たりの合計額		円	

※ 基準月は、本書作成月ではなく認定予定月として作成すること。また認定された際には別途、本書記載内容と同内容で無料低額宿泊所の変更届が必要であるので注意すること。

※ 月額には、定額である場合にはその額を、実費による場合には標準的な額を記載してその算定根拠を「内訳等」の欄に記載すること。

※ 居室の使用等及びサービスの提供以外の費用等がある場合には、「1カ月当たりの合計額」の「内訳等」の欄に記載すること。

※ 基本サービス費は7,000円以内に設定されていることが、認定の必要条件であることに注意すること。

様式第84号その3 (第24条)

経歴申告書

施設名			
従業者の種類等 (該当するもの全てに○)		管理者	生活支援提供責任者
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号	() -		
主 な 職 歴 等			
年月日 ~ 年月日	勤 務 先 等		職務内容
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資格の種類		資格取得年月日	
備考			

「住所」は自宅のものを記入してください。
 「主な職歴等」について直近の状況は詳しく記入してください (退職年月日等)。
 「資格の種類」について、社会福祉主事任用資格については社会福祉法第19条第1項の該当する号について記載し、その証明書類を添付してください。

(↓確認してレ点を記入してください)

私の経歴は当経歴申告書のとおりで相違ありません。

年 月 日

申告者自署 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									

- * 複数人数世帯の場合は1名のみ氏名を記載し、備考に「ほか世帯員〇名」と記載する。
世帯のうち、重点的要支援者がいる場合はその者を優先して氏名を記載すること。
- * 「委託対象予定」「重点的要支援者」は保護の実施機関と協議の上、見込みで記載する。
必要に応じて必要書類を添付すること。

(その他必要事項を記載)

--

様式第85号（第24条）

日常生活支援住居施設認定通知書

第 号
年 月 日

殿

福岡県知事 印

年 月 日付けで申請のあった生活保護法（昭和25年法律第144号）第30条第1項ただし書に規定する日常生活支援住居施設としての認定について、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」（令和2年厚生労働省令第44号）第1条第1項各号に規定する要件を全て満たしているものと認め、以下のとおり認定したので通知します。

- 1 施設の名称 _____
- 2 施設の所在地 _____
- 3 事業の入所定員数 _____ 世帯 _____ 人
- 4 認定効力発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として（代表者は福岡県知事となります。）この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第86号(第24条)

日常生活支援住居施設不認定決定通知書

第 号
年 月 日

殿

福岡県知事 印

年 月 日付けで申請のあった生活保護法（昭和25年法律第144号）第30条第1項ただし書に規定する日常生活支援住居施設としての認定について、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」（令和2年厚生労働省令第44号）第1条の規定により以下のとおり認定しないこととしたので、通知します。

- 1 施設の名称 _____
- 2 施設の所在地 _____
- 3 不認定の理由 _____

- 4 備考 _____

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として（代表者は福岡県知事となります。）この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第87号（第24条）

日常生活支援住居施設変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
法人名
代表者

印

日常生活支援住居施設の認定に係る届出事項について変更したため、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」（令和2年厚生労働省令第44号）第2条第3項の規定により、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

1 日常生活支援住居施設の名称 _____

2 変更事項（該当する項目に○）

- ①施設の名称及び所在地
②申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
③事業（日常生活支援の受託）の開始予定年月日
④登記事項証明書
⑤建物その他の設備の規模及び構造
⑥入所定員数
⑦日常生活及び社会生活上の支援を必要とする者に対する処遇の方法
⑧施設の管理者及び生活支援提供責任者の氏名及び経歴
⑨従業者の勤務体制及び勤務形態
⑩その他必要な事項

3 変更の内容（変更前後の比較）

--

※添付書類 あり なし

4 変更の事由 _____

5 変更年月日 年 月 日

※添付書類

- ・
- ・

(注)

- ・ 本届出書は変更後10日以内に届け出ること。
- ・ 変更事項によっては、この届出とは別に無料低額宿泊所について社会福祉法（昭和26年法律第45号）第68条の3の規定による変更届を行う必要があるため注意すること。

様式第88号（第24条）

日常生活支援住居施設認定辞退届

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地

名称

代表者

印

年 月 日付けで生活保護法（昭和25年法律第144号）第30条ただし書の規定による認定を受けた日常生活支援住居施設について、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」（令和2年厚生労働省令第44号）第5条第1項の規定により、次のとおり予告し、認定を辞退します。

1 認定を辞退する日常生活支援住居施設の名称

2 認定辞退予定日 年 月 日

3 当該施設の無料低額宿泊所としての運営

無料低額宿泊所は運営を（ 継続する ・ 休止する ・ 廃止する ）

4 現在入所している者の状況 別紙のとおり

5 認定辞退に係る連絡事項

○ 添付書類

- ・
- ・

（注1） 本届出書は認定を辞退する3か月以上前に提出すること。

（注2） 3において無料低額宿泊所としての運営を休止する場合には別途、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第68条の3の規定による変更（休止）の届出を、廃止する場合には同法第68条の4による廃止の届出をそれぞれ行う必要があるので注意すること。

様式第89号(第24条)

日常生活支援住居施設認定取消等通知書

第 号
年 月 日

殿

福岡県知事 印

年 月 日付け 第 号により認定した日常生活支援住居施設について、「日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令」(令和2年厚生労働省令第44号)第6条第1項の規定により以下のとおり認定の取消し/効力の停止を行いましたので、通知します。

1 施設の名称 _____

2 施設の所在地 _____

3 行政処分の内容 認定の取消 認定の効力の停止 (全部 一部)

4 備考 _____

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第90号(第25条)

第 号

年 月 日

殿

福岡県知事 印

日常生活支援委託事務費支弁基準額設定通知書

年 月 日付けであった(新規施設の認定 変更の届出 加算の認定申請)について、以下のとおり一般事務費単価の設定及び加算の認定をしたので通知します。

- 1 施設種別 日常生活支援住居施設
- 2 施設名 _____
- 3 地域区分 (_____/100 の地域 その他の地域)
- 4 入所定員 _____世帯 _____人
- 5 重点的要支援者の全入所者数に占める割合 _____%
- 6 一般事務費単価 _____円
- 7 支援体制加算 _____円 ・ (I II III 非該当)
- 8 宿直体制加算 _____円 ・ (1人体制 2人体制 3人体制 非該当)
- 9 適用期間 _____年 _____月 ~ _____年 _____月
- 10 その他

Empty rectangular box for additional information.

様式第91号その1 (第25条)

日常生活支援委託事務費に係る (支援体制加算・宿直体制加算)
対象施設認定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地

法人名

代表者

印

日常生活支援委託事務費に係る (支援体制加算・宿直体制加算) 対象施設の認定について、関係書類を添えて申請します。

1 日常生活支援施設の名称

2 原因 (該当する項目に☑)

 年度改定 定員変更 従業員等の増減 その他 ()

3 申請内容

(1) 支援体制加算

年 月から

 I (10 : 1) II (7.5 : 1) III (5 : 1) なし (対象外)

(2) 宿直体制加算

年 月から

 1人体制 2人体制 3人体制 なし (対象外)

4 添付書類

(1) 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 [様式第91号その2]

(2) 月別の入居者数・重点的要支援者数一覧 [様式第91号その3]

(3) その他必要な書類

様式第91号その3（第25条）

月別の入居者数・重点的要支援者数一覧

日常生活支援住居施設名：

年度実績

年月	在籍した入居世帯数	うち、重点的要支援者を 含む世帯数
年4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
年1月		
2月		
3月		
合計	(A)	(B)

$$(B) / (A) = \text{ ______ } \%$$

(注) 各月について、利用者氏名、保護の実施機関、入退所日及び重点的要支援者の
該当有無の状況が分かるものを別途添付すること。

様式第92号その1 (第25条)

年 月 日

日常生活支援委託事務費請求書 (年 月分)

殿

所在地 _____
 名称 _____
 代表者 _____ 印
 施設名 _____
 責任者 _____

標記について、以下のとおり請求いたします。

請求金額 _____ 円

【事業所基本情報】

定員	一般事務費単価	支援体制加算	宿直体制加算	委託事務費 支弁基準額	人員欠如 状況

【事業実績】(貴福祉事務所分)

委託対象 世帯	委託事務費 算定対象日数	個別支援計画未作成		重点的 要支援者	本人支払額 合計
		3月未満	3月以上		

【内訳】：別添委託入所者一覧表のとおり

【振込先】

金融機関	
支店名	
口座番号	
口座名義	

附則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

告示

福岡県告示第六百七十七号

収納代理金融機関の指定(平成五年一月福岡県告示第二十一号)の一部を次のように改正し、令和二年十月一日から施行する。

令和二年九月一日

福岡県知事 小川 洋

一の表収納代理金融機関名の欄中「商工組合中央金庫」を削る。

正誤

発行年月日	1・9・27	発行年月日	〃
番 公 報 号	42 増刊①	番 公 報 号	〃
種 類	規則	種 類	〃
番 同 号 上	22	番 同 号 上	〃
ペー ジ	14	ペー ジ	95
欄	上	上	
	下	下	〇
行	7	行	
備考		備考	様式中
正	五十七条の十四	正	納税義務免除申請書
誤	五十七条十四	誤	納付義務免除申請書