

新型コロナウイルス感染下の福祉活動応援全国キャンペーン

助成申請書

社会福祉法人 福井県共同募金会 様

団体名 ※法人の場合は、 法人格も記入			
代表者	役職	氏名	(印)

下記の事業を行うため、助成金の交付を受けたいので申請します。

記

1 申請事業名（申請金額は万円単位）

事業名	活動エリア	申請額
		万円

2 事業内容

【具体的事業内容】			
主な対象者			
実施予定日		開催場所	
件数・回数		のべ人数	

3 経費の内訳（支出）

項目	積算内訳（なるべく詳細に記入）	金額（円）	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
合計			

4 資金の内訳（収入）

項目	内 訳	金額（円）	
助成金		0,000 円	
自己財源		円	
利用者負担		円	
その他の収入		円	
合計			

5 団体情報

団体住所 ※個人宅の場合は、様方も記入	〒 ー		
	TEL :	URL :	
	FAX :	E-mail :	
	今後、共同募金の助成等の情報を E-mail で希望しますか？ （希望する・希望しない）		
事務担当者	職 氏名	TEL :	
		携帯 :	
		E-mail :	
団体の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者施設・団体 <input type="checkbox"/> 身体障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 心身障害児者施設・団体 <input type="checkbox"/> 精神障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 児童青年施設・団体 <input type="checkbox"/> 一人親家族施設・団体 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・団体 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護施設・団体 <input type="checkbox"/> NPO 法人・団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 福祉事業者団体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 <input type="checkbox"/> 保健・医療関係		
団体の目的 （～を行う団体と簡潔に記入）			
設立年月日	年 月 日	会員数	名
定例会／年	回／年	職員・スタッフ数	名

6 共同募金運動の理解と協力

あなたの団体は共同募金運動に協力できますか？

- 協力できます。
協力できません。
()

7 添付書類

- 定款、会則 役員名簿 前年度事業報告、決算書
当年度事業計画、予算書 その他 ()