

令和 年度 歳末たすけあい募金助成金交付申請書

社会福祉法人福井県共同募金会 会長
市町共同募金委員会 会長 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、歳末たすけあい募金助成金の交付を受けたいので申請します。

記

1 申請事業（詳細は別紙申請事業計画書のとおり）

支援の種類	事業名	活動エリア	申請額 千円

2 団体概要（詳細は別紙団体概要書のとおり）

3 添付書類

- 申請事業計画書 団体概要書 定款、会則 会員名簿
前年度事業報告、決算書 当年度事業計画、予算書 見積書 カタログ(備品)
その他（ ）

4 申請窓口

市町域内で行う事業は市町共同募金委員会に、それ以外は県共同募金会事務局へ提出してください。

5 共同募金運動の理解

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。

（ ）

※共同募金委員会受付欄 共同募金委員会受付印（日付）	※県共募受付欄 県共募受付印（日付）
市町名：	
担当者：	

--

申請事業計画書

支援の種類	
活動エリア	

■申請事業の概要

団体名		(施設名)
事業名		<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 継続事業(助成履歴なし) <input type="checkbox"/> 継続事業(助成連続 年目)
申請金額	千円	※助成額(案) 千円

■事業内容

【現状・解決したい課題など】												
【具体的事業内容・期待される成果など】												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">主な対象者</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">事業分類</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">実施予定日</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">開催場所</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">件数・回数</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">のべ人数</td> <td></td> </tr> </table>	主な対象者		事業分類		実施予定日		開催場所		件数・回数		のべ人数	
主な対象者		事業分類										
実施予定日		開催場所										
件数・回数		のべ人数										

■経費の内訳

項目	積算内訳(なるべく詳細に記入)	金額(円)	
合 計			

■資金の内訳

項目	内 訳	金額(円)	
共同募金助成金			
自己財源			
利用者負担			
その他の収入			
合 計			

団体概要書

■団体情報

団体名 <small>※法人の場合は、法人格を記入</small>	(ふりがな)		
代表者	役職	氏名 (ふりがな)	
団体住所 <small>※個人宅の場合は、様方も記入</small>	〒 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

■施設情報（関係する場合のみ記入）

施設名			
業種	介護保険・自立支援給付の指定事業者に (該当 ・ 非該当)		
施設所有者		施設所在地	
施設定員	名	現員 (申請時)	名

■財政状況（前年度）

決算額	円	繰越額	円
事務費	円	事業費	円

■共同募金運動の参加状況

昨年、共同募金に参加しましたか？ (該当するものにすべてチェックください)		
<input type="checkbox"/> 募金箱を設置した	<input type="checkbox"/> 使途選択募金のチラシを配った	<input type="checkbox"/> 街頭募金に立って呼びかけた
<input type="checkbox"/> 会員に協力を呼びかけた	<input type="checkbox"/> イベントで募金を呼びかけた	<input type="checkbox"/> ポスターを貼った
<input type="checkbox"/> 会報で協力を呼びかけた	<input type="checkbox"/> 募金開始式に参加した	<input type="checkbox"/> 赤い羽根の集いに参加した
<input type="checkbox"/> 行事に参加した (行事名:)		<input type="checkbox"/> 個人的に協力した
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※個人情報は適切かつ慎重に管理します。いただいた情報は助成審査に関係する事務連絡等に使用します。