

| |
|--|
| |
|--|

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: 30%; padding: 5px;">主な対象者</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">事業分類</td> <td style="width: 20%;"></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 ※法人の場合は、法人格を記入 | (ふりがな) | | |
| 代表者 | 役職 | 氏名 (ふりがな) | |
| 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 |

■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。