

平成30年度赤い羽根共同募金助成事業
福祉まつり等助成事業申請書

南丹市共同募金委員会
会長 西村 良平 様

申請者 団体名称 _____

団体代表者名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

下記のとおり平成30年度赤い羽根共同募金助成事業に申請します。

| | | |
|--------------|---------------------------------|--|
| 事業名 (活動名) | | |
| 事業の概要 | ねらい | |
| | 実施時期 | |
| | 実施場所 | |
| | 対象者 (あてはまるものに✓ を入れてください。) | 高齢者： <input type="checkbox"/> 高齢者全般 <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 要支援高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 介護者・家族 障がい児・者： <input type="checkbox"/> 障がい児者全般 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 身体障がい児者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 心身障がい児者 <input type="checkbox"/> 介助者・家族 児童・青少年： <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 一人親家族 <input type="checkbox"/> 養護児童 <input type="checkbox"/> 遺児・交通遺児 住民全般： <input type="checkbox"/> 住民全般 <input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> 低所得者・要保護世帯 <input type="checkbox"/> 在日外国人 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 実施内容 | |
| 期待される 効果 | | |

| | |
|-------|------------|
| 助成希望額 | 円 (上限15万円) |
|-------|------------|

| 収 入 | 項 目 | 金 額 | 説 明 |
|-----|--------|-----|-----|
| | 本助成金 | | |
| | 自己資金 | | |
| | 参加者負担金 | | |
| | その他 | | |
| | 計 | | |

| 支 出 | 項 目 | 金 額 | 説 明（具体的に） |
|-----|-----|-----|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 計 | | |

| | | | | |
|------------|--------|--|---------|--|
| 申請団体の概要 | 設立年月日 | | 団体の構成人数 | |
| | 活動目的 | | | |
| | 活動内容 | | | |
| 連絡先 | 担当者名 | | | |
| | 住所 〒 | | | |
| | TEL | | FAX | |
| | e-mail | | | |
| ホームページアドレス | | | | |

※予算の内訳（詳細）がわかる資料を添付してください。

※団体の規約、前年度事業報告・決算報告、団体の活動状況等が分かる資料（チラシ・広報誌等）を添付してください。