様式1

令和　　年　　月　　　日

社会福祉法人愛媛県共同募金会

　　会　長　　薬師神　績　様

|  |
| --- |
| 団体名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**令和３年度 赤い羽根 新型コロナ感染下の福祉活動応援全国キャンペーン**

「いのちをつなぐ支援活動　助成申請書」

下記の事業を行うため、助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

**１.申請団体**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体住所  ※個人宅の場合は、様方も記入 | | 〒 　　 － | | | | | |
| TEL： | | | FAX： | | |
| URL： | | | | | |
| E-mail： | | | | | |
| 事務担当者 | | 職名　　　　　氏名 | | | | (上記と異なる場合のみ記入) | |
| 携帯： | |
| E-mail: | |
| 現在  実施中の  活動内容 | あてはまるもの全てにチェックし、詳細を下記に記入。  □相談支援  □就労支援  □子ども食堂・地域食堂(配達含む)  □居場所づくり  □学習支援  □その他 | | ●活動頻度(例：毎週水曜日、月1回　等)    ●参加しているﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ数(概数)  　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　人  ●1回あたりの利用者数(概数)　　 　　　　　人 | | | | |
| 設立年月日 | | 年　　月　　日 | | 会員数 | | | 名 |

**２.応募概要**

(１)助成を受けようとする活動

|  |  |
| --- | --- |
| 活動名称 | ＊例「社会的孤立や孤独を強いられている方の相談支援事業」 |
| 活動内容 | ＊誰を対象に、どこを拠点として何を行うのかなど具体的に記入。 |
| 助成申請額 | 円 |

(２)資金計画

【収入】　　　　　　　　　　　　【支出】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 積算内訳(なるべく詳細に記入) | 金額(円) |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
| 合　計 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 金額(円) |
| 本助成金 | 円 |
| 自己財源 | 円 |
| 利用者負担 | 円 |
| その他の収入  (　　　　　　) | 円 |
| 合　計 |  |

**３.添付書類(添付する書類名の確認欄に〇印を付してください。)**

|  |  |
| --- | --- |
| 確 認 欄 | 書　　類　　名 |
|  | 会則又は定款（必須） |
|  | 団体活動状況がわかる機関誌、広報誌、前年度事業報告書、決算書等 |