

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。	
	<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 子ども食堂・地域食堂(配達含む) <input type="checkbox"/> 居場所づくり <input type="checkbox"/> 学習支援 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	●活動頻度(例：毎週水曜日、月1回 等) _____ ●参加しているボランティア数(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】

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	

#### 【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
合 計		

### 3. 添付書類(添付する書類名の確認欄に○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