

受付欄

令和 年 月 日

一般社団法人函館市身体障害者福祉団体連合会 御中

この福祉支援基金事業助成申込書(2024年度分)

以下のとおり、貴団体の応募要項を承諾の上、「事業助成」に申し込みます。

なお、助成先として採用された場合、団体名、所在地、事業のテーマなどの公開に同意します。

また、当団体は反社会的勢力とは一切関わりがないことを宣言します。

フリガナ							
①団体名		(法人格 有 ・ 無 )					
②団体所在地		〒					
③代表者	フリガナ						
	役職・氏名	印					
	職 業	日中連絡先 ※④事務連絡者の 連絡不可時に使用	Tel	Fax	E-mail		
	住 所	〒					
④事務 連絡者	フリガナ			Tel			
	役職・氏名	日中連絡先	Fax	E-mail			
⑤結成(設立)		年 月	現在会員数	名	活動状況(年間) 日・回		
⑥添付書類 (番号を○で囲む)		1. 団体規約・会則      2. 団体のパンフレット・チラシ      3. 前年度収支報告書 4. その他( )					
団 体 の 概 要	⑦主な活動内容						
	⑧今年度の予 算状況	収 入	会費収入	円	支 出	管理費	円
(年会費一人 円)				事業費		円	
			助成金・補助金	円		その他( )	円
			事業収入(バザー等)	円			
			その他( )	円			
			合 計	円		合 計	円

申 請 す る 事 業 内 容	⑨申請区分 (記号を○で 囲む)	1 障害者の社会参加の促進に関する事業 2 障害者の教養及び文化の向上に関する事業 3 障害者のスポーツの振興及び健康増進に関する事業 4 制度上公的補助支援の対象外になっている方への支援事業			
	⑩申請事業・ 活動のテーマ				
	⑪事業内容と 申請理由				
	⑫事業(活 動)の期間	開始年月日		終了年月日	
	⑬事業(活 動)の計画				
	⑭必要な費用 の内訳(助成申 請事業にかか る経費)	項 目	単価(円)	数 量	金 額(円)
					円
					円
					円
					円
				円	
				円	
合 計(A)				円	
自主財源(B)※合計(A)が50万円以下のときは0				円	
助成金希望額(A-B)(端数は切り上げて万円単位で記入)			万円		
⑮他への助成 申込	当事業(活動)について、他の助成団体への申込状況 あり(申込先 ) : なし				
⑯団体の推薦	身障連加盟団体からの推薦 (団体名 推薦者・連絡先 )				
1. 黒ボールペンによる手書きまたはパソコン入力により作成してください。 2. この申込書で選考しますので、必ず洩れなく合計2ページを提出してください。 3. ③の代表者印は、法人の場合は法人印を、サークル等は代表者の個人印を押印してください。 4. 機器・機材・備品の購入や印刷等を業者に発注する場合は、見積書と購入物のパンフレットを添付してください。 5. 個人による申請のときは、該当する項目を記入してください。(申請する事業内容は必須) 6. 身障連加盟団体が申込する場合、⑯の記載の必要はありません。その他の場合は記入願います。					