

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(2026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	㊟					
	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連絡者	フリガナ	日中連絡先	Tel				
	役職・氏名		Fax				
			E-mail				
⑤結成(設立)		年 月	現在会員数 名	活動状況(年間)			
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			

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 と記載			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推薦団 体	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。その他の方の場合は記入願います。