

大山崎町共同募金委員会

会長 前川 光 様

令和 6 年度赤い羽根共同募金助成申請書

1. 団体の概要 ※大山崎町内に拠点を置く施設名と住所を記入してください。

| | | | |
|---|-----|-------|---|
| 団体の名称 | | | |
| 所在地 | 〒 | TEL | |
| 代表者職氏名 | 印 | | |
| 担当者氏名 | TEL | | |
| 団体の種類(該当する種類に○を付けてください。) | | | |
| <input type="checkbox"/> 高齢者福祉団体 <input type="checkbox"/> 障害児者福祉団体 <input type="checkbox"/> 児童青少年福祉団体 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 女性福祉関係団体 <input type="checkbox"/> 更生保護団体 <input type="checkbox"/> NPO法人・団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 福祉事業者団体 <input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 <input type="checkbox"/> 一人親家族関係団体 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 団体の目的 | | | |
| 設立年月日 | 西暦 | 年 | 月 |
| | | 会 員 数 | |

2. 申請事業について

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| 申請事業名 | 事業 | | |
| 申請金額 ① | 円 (万単位で記載) | | |
| 自己資金 ② | 円 (1円単位で記載) | | |
| 総事業費 ① + ② | 円 (1円単位で記載) | | |
| 申請事業の対象者(該当する全ての種類に○を付けてください。) | | | |
| 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 | | |
| 障害児者 | <input type="checkbox"/> 障害児者全般 <input type="checkbox"/> 知的障害児者 <input type="checkbox"/> 身体障害児者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 心身障害児者 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 | | |
| 住 民 | <input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> 低所得者・要保護世帯 <input type="checkbox"/> 長期療養者 <input type="checkbox"/> 更生保護関係者 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 不登校児 <input type="checkbox"/> ひきこもりの人 <input type="checkbox"/> DV被害者 <input type="checkbox"/> 在住外国人 <input type="checkbox"/> その他(福祉センターなごみの郷館内 共有スペース) | | |

具体的な事業内容と期待される効果

| | | | |
|----------|--|---------|-----|
| | | | |
| 実施回数及び件数 | | 総参加者数 | 人 |
| 実施日(期間) | | 作成部数・個数 | 部・個 |
| 実施場所 | | | |

※具体的な事業内容と期待される効果については、どのような福祉課題のために事業を行うのか、また、事業実施による効果はどのようなものか等、事業の必要性をアピールしてください。

3. 事業の財源別内訳

| 収入の部(単位:円) | | 支出の部(単位:円) | |
|------------|--|------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | | 合計 | |

4. 問合せ先・書類送付先

| | | | |
|----------|------------|--------|--------------------------------|
| 担当者職・氏名 | 地域福祉係 吉村汐理 | TEL | 同上 |
| 書類等送付先住所 | 同上 | FAX | 075-954-4400 |
| | | e-mail | oyamazakisyakyo@s.8.dion.ne.jp |

5. 共同募金運動期間の募金活動について、取り組む内容に○をつけてください。

| | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 募金箱の設置 | 2. 街頭募金活動 | 3. その他() |
|-----------|-----------|-----------|