

大山崎町共同募金委員会

会長 前川 光 様

令和 7 年度赤い羽根共同募金助成申請書

1. 団体の概要 ※施設の方は大山崎町内に拠点を置く住所(施設名)を記入してください。

団体の名称			
所在地	〒 TEL		
代表者氏名	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。)			
☐ 高齢者福祉団体 ☐ 障害児者福祉団体 ☐ 児童青少年福祉団体 ☐ 社会福祉法人 ☐ 女性福祉関係団体 ☐ 更生保護団体 ☐ NPO法人・団体 ☐ ボランティア団体 ☐ 福祉事業者団体 ☐ 当事者・家族の会 ☐ 一人親家族関係団体 ☐ 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	☐ 高齢者全般 ☐ 要介護高齢者 ☐ 要支援高齢者 ☐ 高齢者世帯 ☐ 介護者・家族
障害児者	☐ 障害児者全般 ☐ 知的障害児者 ☐ 身体障害児者 ☐ 精神障害者 ☐ 心身障害児者 ☐ 介助者・家族
児童青少年	☐ 乳幼児 ☐ 児童 ☐ 青少年 ☐ 一人親家族 ☐ 養護児童 ☐ 遺児・交通遺児 ☐ 家族
住民	☐ 災害等被災者 ☐ 低所得者・要保護世帯 ☐ 長期療養者 ☐ 更生保護関係者 ☐ ホームレス ☐ 不登校児 ☐ ひきこもりの人 ☐ DV被害者 ☐ 在住外国人 ☐ 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	

※当該事業に関わる事業費申請の場合は内容が分かるパンフレット、備品の場合は見積書を添付してください。

4. 問合せ先・書類送付先

担 当	地域福祉係	TEL	同上
書類等送付先	同上	FAX	075-954-4400
住 所		e-mail	oyamazakishakyo@s8.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()
-----------	-----------	-----------