(様式 1)

令和　　年　　月　　日

赤い羽根共同募金・一般助成事業申請書

1．団体の概要

団体の名称			
所在地	**TEL**		
代表者氏名			
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		**会員数**	

2．申請事業について

申請事業名	**事業**
申請金額①	
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 □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（　　）

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（備品購入費については要見積書添付）

収入の部（単位：円）		**支出の部（単位：円）**	
自己資金			
合　　計		合　　計	

4．問合せ先・書類送付先

担当者職・氏名		**ＴＥＬ**	
書類等送付先		**ＦＡＸ**	
住　　所		**e-mail**	

5．令和　年度赤い羽根共同募金・一般助成事業申請についてどこで知りましたか。（○を付けて下さい。）

1．大山崎町社会福祉協議会のホームページ　2．社協だより
3．その他　（　　）

6．共同募金運動期間の募金活動について、取り組む内容に〇をつけてください。

1．募金箱の設置　　2．街頭募金活動　　3．その他（　　）