(様式1)

令和　　　　年　　　月　　　日

大山崎町共同募金委員会

会長　前川　光　様

大山崎町共同募　　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。） |
| □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** |  |

**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（　　　　　 　　　　　　　　　）