

大山崎町共同募金委員会
会長 前川 光 様

令和 2 年度赤い羽根共同募金助成申請書

1. 団体の概要

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		会員数	

2. 申請事業について

申請事業名	事業
申請金額 ①	0,000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 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 ()

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)	
共同募金助成金			
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 住 所		FAX	
		e-mail	

5. 令和2年度赤い羽根共同募金助成申請について、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○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 ()