

(様式第 1 号)

令和 3年度 赤い羽根地域福祉促進助成事業 申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 掛川市社会福祉協議会 会長 中村 隆哉 様

助成希望団体名	名 称 代表者名 ㊟
所 在 地	〒 TEL : FAX :
連絡先	〒 電話番号: 担当者名:

地域福祉促進助成事業助成金を受けたく関係書類を添えて申請いたします。

記

助成希望額 円(千円未満切捨て)

添付書類

1. 会則や規約、事業計画等、団体や活動の様子が分かる資料
2. 備品整備の場合は、見積書、カタログの写し

上記以外に、本会が必要と認めた資料を提出いただく場合があります。

注意：本申請書及び添付書類の内容は、個人名を除き一覧表を作成し審査資料として利用します。
本申請書及び添付書類は、情報公開の対象となります。(ホームページを含む。)

提出期限：令和 3 年 10 月 29 日 (金)

申請する事業の計画

申請事業名	■機器整備費の場合は、(〇〇整備事業) <div style="text-align: right; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">事業</div>				
現 状 ・今問題になっていること					
申請事業の内容	■機器整備費の場合は、機器名と数をお書きください。				
効 果 ・事業を実施することで良くなること					
対 象 者	<input type="checkbox"/> 市民全般 <input type="checkbox"/> 児童青少年 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害者 ()	人			
開催日時	■機器整備費の場合は、不要				
開催場所 (設置場所)					
資金計画 ・助成希望額は、総額の <u>80%以内</u> です。		経費の内訳 ■機器整備は消費税含めた額で記入ください。 飲食代 ※総事業費の1割以内で上限1万円			
項 目	金 額	経費項目・品名	金 額		
助成希望額 (千円未満切り捨て)	000円				円
参加費等	円				円
					円
					円
その他(団体より)	円				円
					円
					円
事業費総額	(ア) 円	合 計	(イ)		円
■(ア)=(イ)					