(様式第１号)

**令和 ６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　大石　勇　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
3. 前年度の収支決算書及び当年度収支予算書

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 6年 5月31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、（○○整備事業）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業 |
| **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** | □市民全般□高齢者□障害者 | □児童青少年□その他(　　　　　　　　　　　　) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、事業費総額（ア）の**80％以内**で上限は**１０万円**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。※飲食代は総事業費の１割以内で上限１万円です。 |
| 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 |
|  |  | 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）　 |  |