

令和 7 年度歳末たすけあい運動 福祉事業助成金申請書



この事業は共同募金配分金で行っております

掛川市社会福祉協議会 会長 様

団体名 _____

代表者氏名 _____ (印)

連絡・書類送付先 _____

住 所 _____

電話番号 _____

令和 7 年度におきまして、下記のとおり歳末たすけあい運動福祉事業を実施いたしますので、助成金の交付を申請いたします。

1 助成申請金額 _____ 円

2 分 類 () 該当する番号を記入してください

- ① 住民参加による福祉のまちづくり活動（会食会・配食活動）
- ② 高齢者ふれあい・いきいきサロン・子育てサロンなどの事業
- ③ 障がい者団体や介護者の会など、当事者団体等が行う事業
- ④ 地域住民と施設入所者との交付事業
- ⑤ 小地域ネットワーク活動の強化や友愛訪問等在宅サービス事業
- ⑥ 福祉活動団体・グループへの支援事業
- ⑦ 保険・福祉・医療の社会資源について福祉マップの作成・配付や利用法などに P R
- ⑧ その他 ()

事業名					
目的	主な福祉目的 (該当するものに一つ)	<input type="checkbox"/> 3 世代交流 <input type="checkbox"/> みまもり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 居場所 <input type="checkbox"/> 子育て支援	<input type="checkbox"/> ひきこもり防止	
対象者	主な対象者 (該当するものに一つ)	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 住民全般	<input type="checkbox"/> 障害児・者	<input type="checkbox"/> 児童・青少年	
	対象者詳細 (該当するものに複数可)	<input type="checkbox"/> 高齢者全般 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 介護者・家族	<input type="checkbox"/> 要支援高齢者	
		<input type="checkbox"/> 障害児者全般 <input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害児・者 <input type="checkbox"/> 心身障害児・者	<input type="checkbox"/> 身体障害児・者 <input type="checkbox"/> 介助者・家族	
		<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 一人親家族 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 養護児童	<input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 遺児・交通遺児	
		<input type="checkbox"/> 住民全般 <input type="checkbox"/> 長期療養者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> ボランティア	<input type="checkbox"/> 低所得・要保護世帯 <input type="checkbox"/> 在日外国人	

3 収支予算内訳

収 入		支 出	
科 目	金 額	科 目	金 額
(1) 会費等団体負担金	円	(1)	円
(2) 行政からの補助金	円	(2)	円
(3) 歳末たすけあい助成金	円	(3)	円
(4) 他の助成金 ()	円	(4)	円
(5) 前年度からの繰越金	円	(5)	円
(6) その他 ()	円	(6)	円
合 計	円	合 計	円

助成金を申請する具体的使途（経費）内容

※高齢者サロン、子育てサロン等の交流事業に対する助成は、一人当たり 500 円を限度とする
 ※障がい者団体等の行う福祉事業に対する助成金の上限は、1 人当たり 2,000 円以内とする
 その際、必ず自己負担金を 1/4 以上とすること（※ただし 1 人当たりの助成金が 1,000 円未満の場合はこの限りではない）

4 計 画

事業実施予定日	令和	年	月	日
事 業 内 容				
開 催 場 所				
参 加 者 数	名			
【内 訳】				
利 用 者 数	名			
ス タ ッ フ 数	名			

ふくしあ	担当
------	----

記入例

提出日を記入

令和 年 月 日

令和 7 年度歳末たすけあい運動 福祉事業助成金申請書



この事業は共同募金配分金で行っております

掛川市社会福祉協議会 会長 様

通知を送信する代表者名が団体代表者名と異なる場合は電話番号の下に氏名をお書きください

該当する番号を入れてください

団体名 _____

代表者氏名 _____ 印

連絡・書類送付先

住 所 〒_____ 掛川市

電話番号 _____

令和 7 年度におきまして記のとおり歳末たすけあい運動福祉事業を実施いたしますので、助成金の交付を申請いたします。

1 助成申請金額 20,000 円

2 分類 () 該当する番号を記入してください

- ⑨ 住民参加による福祉のまちづくり活動（会食会・配食活動）
- ⑩ 高齢者ふれあい・いきいきサロン・子育てサロンなどの事業
- ⑪ 障がい者団体や介護者の会など、当事者団体等が行う事業
- ⑫ 地域住民と施設入所者との交付事業
- ⑬ 小地域ネットワーク活動の強化や友愛訪問等在宅サービス事業
- ⑭ 福祉活動団体・グループへの支援事業
- ⑮ 保険・福祉・医療の社会資源について福祉マップの作成・配付や利用法などにPR
- ⑯ その他 ()

主な福祉目的・主な対象者は該当するものにひとつを入れてください。対象者詳細は複数でも可

事業名	(例) 障がい者ふれあいクリスマス会			
目的	主な福祉目的 (該当するものに一つ)	<input checked="" type="checkbox"/> 3世代交流 <input type="checkbox"/> みまもり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 居場所 <input type="checkbox"/> 子育て支援	<input type="checkbox"/> ひきこもり防止
	主な対象者 (該当するものに一つ)	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 住民全般	<input checked="" type="checkbox"/> 障害児・者	<input type="checkbox"/> 児童・青少年
対象者	対象者詳細 (該当するものに複数可)	<input type="checkbox"/> 高齢者全般 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 介護者・家族	<input type="checkbox"/> 要支援高齢者
		<input type="checkbox"/> 障害児者全般 <input type="checkbox"/> 精神障害者	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害児・者 <input checked="" type="checkbox"/> 心身障害児・者	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害児・者 <input type="checkbox"/> 介助者・家族
		<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 一人親家族 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 養護児童	<input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 遺児・交通遺児
		<input type="checkbox"/> 住民全般 <input type="checkbox"/> 長期療養者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> ボランティア	<input type="checkbox"/> 低所得・要保護世帯 <input type="checkbox"/> 在日外国人

(注) 合計があっているか
確認してください

3 収支予算内訳

収 入		支 出	
科 目	金 額	科 目	金 額
(1)会費等団体負担金	20,000 円	(1)クリスマス会費用	10,000 円
(2)行政からの補助金	0 円	(2)通例行事日 (月 1 回・材料費等)	5,000 円
(3)歳末たすけあい助成金	20,000 円	(3)通信費 (郵送・情報誌作成 2 回)	0 円
(4)他の助成金 ()	0 円	(4)消耗器具	5,000 円
(5)前年度からの繰越金	4,000 円	(5)雑費	円
(6)その他 ()	0 円	(6)昼食代	24,000 円
合 計	44,000 円	合 計	44,000 円

助成金を申請する具体的使途（経費）内容

収入 参加者負担金 500 円×40 名 20,000 円

支出 通例行事日（手作りケーキ） 5,000 円 昼食代 600 円×40 名 24,000 円

※高齢者サロン、子育てサロン等の交流事業に対する助成は、一人当たり 500 円を限度とする
 ※障がい者団体等の行う福祉事業に対する助成金の上限は、1 人当たり 2,000 円以内とする
 その際、必ず自己負担金を 1/4 以上とすること（※ただし 1 人当たりの助成金が 1,000 円未満の場合はこの限りではない）

当年 12 月～翌年 1 月末迄に実施

4 計 画

事業実施予定日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日
事業内容	日頃、社会参加の少ない障がい者とボランティアとの交流を兼ねたクリスマス会を開催する
開催場所	総合福祉センター
参加者数	40 名
【内訳】	
利用者数	30 名
スタッフ数	10 名

〇〇ふくしあ	担当
--------	----