

(様式 1)

「みんなの募金で福祉事業」助成申請書

年 月 日

社会福祉法人岩手県共同募金会
奥州市共同募金委員会会長 様

標記事業について、下記のとおり実施を希望しますので、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな	アカバネチョウナイカイ			印
	団 体 名	赤羽根町内会			
	ふりがな	チョウナイカイチョウ ○○ ○○			
	代表者職氏名	町内会長 ○○ ○○			
担当者 (連絡先)	団 体 住 所	〒○○○-○○○○ 奥州市水沢南町○○ TEL : ○○-○○○○ FAX : ○○-○○○○			事務局・代表者宅 そ の 他 ()
	ふりがな		TEL :		事務局・個人宅 そ の 他 ()
	担 当 者 名	○○ ○○	FAX :		
		E-mail :			
団体の概要	担 当 者 住 所	〒 本申請の照会に応じられる方の氏名を記載してください。申請者と担当者は同一人物ではないこと。			平日の日中(9時~17時頃)に連絡のとれる電話番号(場所、時間等)を記載してください。(携帯電話も可)
	発 足 年 月 日	平成10年4月1日	会員数又は世帯数 (NPO 法人の場合は職員数)	100 名・世帯	会員数、世帯数のいずれかを記載してください。
	団 体 の 区 分	☒ 振興会・町内会・自治会 ☐ 福祉団体 ☐ ボランティア団体 ☐ 市民活動団体・NPO 団体 ☐ その他 (			
	団 体 設 立 目 的	○○○○○○○○○○○○のため、○○○○○○○○○○を行う。			
	主 な 活 動 内 容	1 活動内容	○○○を対象に○○○○○○○を行う。		
		2 活動場所	○○区域の○○会館		
3 活動回数	○月に○回		団体の構成や活動内容について、対象者、活動場所、回数、件数など、具体的な数値を用いるなどして詳しく記載してください。		
活動区域	赤羽根町内	活動の対象としているエリアを記載してください。			
対 象 者	☒ 住民全般 ☐ 高齢者 ☐ 障がい児・者 ☐ 児童・生徒 ☐ 若者 ☐ 子育て世代 ☐ その他 ()	対象者数 100名			

注) 申請者と担当者は重複しないこと。

【申請事業について】

[illegible]

(備考) ・各項目について、枠内に書き切れない場合は別紙としてかまいません。

・申請書に記載された氏名、連絡先等の個人情報、本会からの通知にのみ使用します。

【共同基金受配状況】 過去に、本会及び岩手県共同基金会の助成事業の決定を受けている場合は、下記に記入してください。

助成決定年度	助成事業名	購入物品等	助成金額（円）
年度	過去に助成を受けたことがある場合は、記載してください。		
年度			

★本申請書は、奥州市社会福祉協議会ホームページよりダウンロードできます。