年　　月　　日

年度　共同募金助成金交付申請書

社会福祉法人　福井県共同募金会　　様

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名**※法人の場合は、法人格も記入 |  |
| **代表者** | 役職　　　　　　　氏名 　　　　㊞ |

下記の事業を行うため、共同募金助成金の交付を受けたいので申請します。

記

１　申請事業（詳細は別紙申請事業計画書のとおり、なお申請金額は万円単位）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **支援の区分** | **事業名** | **活動エリア** | **申請額** |
|  |  |  | 万円 |

２　団体概要（詳細は別紙団体概要書のとおり）

３　添付書類

□申請事業計画書 □団体概要書 □定款、会則 □会員名簿

□前年度事業報告、決算書 □当年度事業計画、予算書 □見積書 □カタログ(備品)

□その他（　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※共同募金委員会受付欄 | ※県共募受付欄 |
| ４　申請窓口市町域内で行う事業は市町共同募金委員会に、それ以外は県共同募金会事務局へ提出してください。５　共同募金運動の理解あなたの団体は共同募金運動に協力できますか？□協力できます。□協力できません。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 共同募金委員会受付印（日付） | 県共募受付印（日付） |
|  |  |
|
|
| 市町名： |
| 担当者： |

　　　　　　　　　　　　　　申請事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 支援の種類 |  |
| 活動エリア |  |

　 ■申請事業の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団　体　名 |  | （施設名）　 |
| 事　業　名 |  | □新規事業□継続事業（助成履歴なし）□継続事業（助成連続　　年目） |
| 申請金額 | 千円 | ※助成額（案）千円 |

■事業内容

|  |
| --- |
| 【何を、どんな状態にしたい】 |
| 【そのために達成するべきこと】 |
| 【具体的事業内容】　 |
| 主な対象者 |  | 事業分類 |  |
| 実施予定日 |  | 開催場所 |  |
| 件数・回数 |  | のべ人数 |  |

■経費の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 積算内訳（なるべく詳細に記入） | 金額（円） |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

■資金の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内　　訳 | 金額（円） |  |
| 共同募金助成金 |  |  |  |
| 自己財源 |  |  |  |
| 利用者負担 |  |  |  |
| その他の収入 |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

団体概要書

　■団体情報

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名**※法人の場合は、法人格を記入 | （ふりがな）　 |
| **代表者** | 役職　　　　　　　氏名（ふりがな） |
| **団体住所**※個人宅の場合は、様方も記入 | 〒　　　－　　　　　　 |
| TEL： | URL： |
| FAX： | E-mail： |
| 今後、共同募金の助成等の情報をE-mailで希望しますか？　（希望する・希望しない） |
| **事務担当者** | 職　　　　　氏名　 | TEL： |
| 携帯： |
| E-mail: |
| **団体の種類** |
| □高齢者施設・団体 | □身体障害施設・団体 | □心身障害児者施設・団体 | □精神障害施設・団体 |
| □児童青年施設・団体 | □一人親家族施設・団体 | □更生保護施設・団体 | □緊急一時保護施設・団体 |
| □NPO法人・団体 | □ボランティア団体 | □民生児童委員 | □福祉事業者団体 |
| □学校 | □当事者・家族の会 | □保健・医療関係 |  |
| **団体の目的**　（～を行う団体と簡潔に記入） |
|  |
| **設立年月日** | 年　　月　　日 | **会員数** | 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　名 |
| **定例会／年** | 回／年 | **職員・スタッフ数** | 　　　　　　　　　 　名 |

　■施設情報（関係する場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **業種** |  |
| 介護保険・自立支援給付の指定事業者に（　該当　・　非該当　） |
| **施設所有者** | 　　　　　　　 | **施設所在地** |  |
| **施設定員** | 　　　　名 | **現員（申請時）** | 名 |

　■財政状況（前年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **決算額** | 円 | **繰越額** | 円 |
| **事業収入** | 円 | **助成金・補助金収入** | 円 |
| **会費収入** | 円 | **寄付金収入** | 円 |

　■共同募金運動の参加状況

|  |
| --- |
| **昨年、共同募金に参加しましたか？**（該当するものにすべてチェックください） |
| □募金箱を設置した　　　 □使途選択募金のチラシを配った　 □街頭募金に立って呼びかけた　□会員に協力を呼びかけた　 □イベントで募金を呼びかけた　　 □ポスターを貼った　□会報で協力を呼びかけた　 □募金開始式に参加した　　　　　 □赤い羽根の集いに参加した　□行事に参加した（行事名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） □個人的に協力した　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※個人情報は適切かつ慎重に管理します。いただいた情報は助成審査に関係する事務連絡等に使用します。

アンケートにご協力お願いします。

（設問に該当する□や〇にチェックを入れてください。□は複数回答可。〇は１つだけ選んで回答をお願いします。）

Q1　この公募申請の募集を何で知りましたか？

（複数回答可です、できれば設置先や団体名もお願いします）

□　新聞を見て （社名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ラジオを聞いて （社名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　テレビを見て （社名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ホームページを見て （団体名: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　団体の機関紙団体の機関紙を見て　（団体名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ポスターを見て （設置先:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　チラシを見て （設置先:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　共同募金会から勧められて 　（募金会名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　他のからの紹介 （紹介団体:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 ）

Q3　なぜ、申請をしましたか？（ひとつだけ選んでください）

〇 案内されたから 〇 運営の経費にいつも困っているから

〇 新しい事業をしたいと思ったから 〇 活動資金が減少してきたから

〇 他の助成金がとれなかったから 〇 自分たちの活動を認めてほしいから。

〇 地域や社会の課題を理解してもらいたいから。

〇 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Q4　今後、自分たちの活動を発展させるには、どのように資金を活用することが必要だとおもいますか？（ひとつだけ選んで下さい）

〇 団体のPR物を作る 〇 活動のための資機材をそろえる

〇 学習の機会をつくる 〇 スタッフを雇用する

〇 他団体とのネットワークを形成する 〇 事務所や活動場所を確保する

〇 会員を増やす 〇 自己財源を増やす

〇 その他( )

Q5　福祉活動の支援のあり方や、共同募金会への要望がありましたら聞かせください