

受付No.

受付印

社会福祉法人
多摩市社会福祉協議会
会長

様

記入見本

下記の通り補助金の申請をいたします。

令和

年

月

日

ふりがな 団体名	たま 多摩あんど		
代表者	ふりがな 氏名	たま たまお	
	住所 〒	206-0000 多摩市〇〇 〇〇-101	
	Tel	042-000-0000	Fax 042-000-0000 E-Mail △△@△△.com
連絡 責任者	ふりがな 氏名	たま はなこ	
	住所 〒	206-0000	
	Tel	042-000-0000	Fax 042-000-0000 E-Mail △△@△△.com
設立年月	昭和・平成・令和〇年〇月	会員数	〇〇人（市内 〇人 市外 〇人）
資料配布先	該当する項目に一つだけレ点をお付けください。 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 連絡責任者		
申請 内容	対象事業名	障がいに関する普及啓発事業	
	事業の種類（該当する項目に一つだけレ点をお付けください）	<input checked="" type="checkbox"/> 団体が主催する事業で、広く市民が参加できる講演会、講習会、調査・研究事業など市民への啓発事業 <input type="checkbox"/> 団体が主催する各種事業 <input type="checkbox"/> その他会長が認めたもの	
	事業の目的・理由	例：東京都多摩地区に在住の障がい者支援に関する情報提供を行い、市民への啓発活動を行い、地域の相談窓口を知ってもらうと同時に、会員相互交流をはかる機会とする。	
	期待される効果	例：市民への障がいへの理解など	
	実施場所・内容	例：二幸産業・NSP健幸福祉プラザ（総合福祉センター）	
	実施日・期間	令和 〇〇年 〇月 〇日（ ） ～ 〇〇年 〇月 〇日（ ） （延べ日数 日）	
	対象者・定員	例：会員・一般など 〇〇人	周知方法（事業実施の場合）
講師・指導者	〇〇 〇〇氏	協力者・団体	〇〇の会

連絡責任者の方に書類の送付や
報告書の内容についての問合せなどをします

多摩印

講師、協力者等いない
場合は「特になし」と
記載します

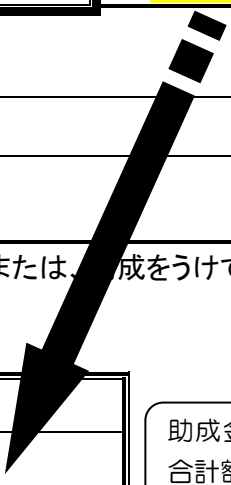
★ ①～⑦の項目名は編集【変更】しないでください。下列には①～⑦に当てはまらない費用を記入してください。

収入見込				
項目	金額	項目	金額	助成金充当額
福祉団体補助金	180,000円	①旅費交通費	20,000円	20,000円
参加費	20,000円	②諸謝金	50,000円	50,000円
	円	③賃借料	50,000円	50,000円
	円	④通信運搬費	30,000円	30,000円
	円	⑤印刷広報費	20,000円	20,000円
	円	⑥消耗品費	5,000円	5,000円
	円	⑦雑費	5,000円	5,000円
		例：食事代等	20,000円	
			円	
			円	
			円	
合計	(A) 200,000円	合計	(B) 200,000円	(C) 180,000円

他機関からの助成等	1	助成団体名		2	助成団体名	
		金額			金額	
		助成の名称			助成の名称	

(A) = (B)
収入見込と支出見込は同額

助成金充当額の合計



※申請事業に限り、多摩市、東京都及び多摩市に係る外郭団体等から補助金または助成を受けている場合は、補助金上限額から減額します

★添付書類(チェック欄)

- 会則
- 役員、会員名簿
- 前年度の決算書
- 当該年度の事業計画
- 当該年度の収入支出予算書
- その他会長が必要と認めた書類

助成金申請額	
(C)	円

助成金充当額の合計額を記入

社協記入欄
