

平成29年度歳末たすけあい運動募金配分事業助成金申請書

平成 年 月 日

福岡市社会福祉協議会
会長 谷川 浩道 様

(住所) 〒 -
福岡市

団体名

代表者

㊞

(TEL)

(FAX)

(携帯)

連絡担当者

(TEL)

(携帯)

平成29年度障がい児者自立支援事業を実施したいので、下記のとおり助成金を申請します。

記

1 助成事業の内容

平成29年度歳末たすけあい運動募金配分事業計画書・収支予算書
(様式第2号) のとおり

2 申請額

金 , 円

3 団体の概要

団体設立時期	年 月	会員数	人
活動場所	(区 校区)		
活動日時			

※ 団体の概要がわかる資料(会則または会報)を必ず添付して下さい。
(但し、本事業に初めて申請する団体については、①会則または会報と
②名簿を提出して下さい。)

- ※ 1 提出された申請書等は、本事業以外には使用しません。
- ※ 2 申請書をもとに助成団体一覧を作成し、本事業推進のため、各区社会福祉協議会へ提供します。

平成29年度歳末たすけあい運動募金配分事業計画書・収支予算書

団体名：

事業計画	
事業名	
実施予定日	年 月 日 ()
事業内容	
実施予定場所	
参加人員	計 人
(内 訳)	障がい児者 人 その他 人 障がい児者の家族 人 地域住民 人 ボランティア 人

経費内訳			
区分	金額 (円)	説明	
収入	助成金申請額		
	団体負担金		
	参加者負担金		
	その他		
	合計		
支出			
	合計		

請 求 書

一. 金 円也

ただし、平成29年度障がい児者自立支援事業助成金として

振 込 先

金融機関名	銀行		本・支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	
店 番 号 / 口座番号	店番号	口座番号	
フリガナ			
名義人			

上記金額を請求いたします。

平成 年 月 日

住 所

団体名

代表者名

印

社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会
会長 谷川 浩道 様

※送金先銀行口座(口座番号・名義)の確認のため、通帳のコピー(表紙及び1頁目)を添付してください。