

福島民友愛の事業団

年 月 日

社会福祉推進事業助成 申請書

公益財団法人 福島民友愛の事業団

理事長 中川 俊哉 殿

ふりがな			
(助成を受ける) 施設・団体の 正式名称	印		
ふりがな		代表者 役職名	
代表者氏名			
施設・団体の 所在地	〒	TEL:	
法人所在地 (上記と異なる場合)	〒	TEL:	
連絡先	〒	TEL:	
	ふりがな	FAX:	
	連絡責任者:	携帯電話:	
	TEL:		
	メールアドレス:		
施設・団体の 概要・・・①			
法人設立(活動開始)	年 月	法人格取得(法人の場合)	年 月
施設開所(活動開始)	年 月		
職員数	人	運営スタッフ数	人
助成金(20万円) の用途予定・・・②			
他の 補助 など・ 補 助 な ど・	受給実績	助成元	給付時期
	*2020年度 以降の実 績を記入		
【子ども食堂等の開催状況について】 ・定期 ・不定期 (どちらかに○)			
開催状況は年に 回数程度実施		1回の開催における利用者数 人	
(開催日・開催時間等具体的に)		(利用者について具体的に)	
加入しているネットワーク団体等			

①の詳細、活動実績(活動開始から現在に至るまでの経緯と現在の活動状況や特色)

【子ども食堂等の場合、利用者負担の有無と額】 利用者負担 ・有 ・無 (どちらかに○)

負担の内容:

--

②の具体的な内容・計画(助成金の使途について説明) ※一律20万円

	協力者(団体名等)	協力の内容
他団体等との連携 や支援の状況		
添付資料	(1)定款または団体の規約等	・有 ・無
	(2)団体紹介パンフレット等	・有 ・無
	(3)その他団体の活動がわかる資料	
	・	
	・	
	・	