

(様式第1号)

令和3年度赤い羽根共同募金地域助成申請書

年 月 日

■申請団体

(ふりがな) 団体名			
代表者	(役職)	(氏名)	印
団体住所 ※個人宅の場合は 様方も記入	〒 高根沢町 TEL :		
事務担当者	(氏名) (住所)	TEL :	携帯 :
団体の種類 <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> 公民館 <input type="checkbox"/> 子ども会育成会 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
団体の概要 (～を行う団体と簡潔に記入)			

■事業の概要

事業名			
	<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 継続事業 (いつから : )		
申請金額	円 (1事業上限5万円)		
【事業内容】 できるだけ具体的にご記入ください。			
【期待される成果・効果】			
実施予定日		主な対象者	
開催場所		予定人数	

■経費の内訳（支出）※助成金で支出する経費をご記入ください

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（収入）

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			

会則など、組織の運営に関する規定、役員名簿が作成されていることが  
必要です。（一部添付をお願いします）

※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係る事務連絡等に使用します。

共同募金による配分事業であることの PR 方法（該当する項目にレ点を付して下さい。）

開催要項やチラシへ記載する  赤い羽根共同募金のぼり旗を設置する

その他（内容： \_\_\_\_\_ ）

**申請期間：令和3年6月1日から12月24日まで**

【提出先】 栃木県共同募金会高根沢町支会

【事務局】 社会福祉法人 高根沢町社会福祉協議会

高根沢町石末 1825（町民広場内：福祉センター）

TEL 675-4777 FAX675-6953