

平成29年度 しがぎん福祉基金助成申込書

社会福祉法人しがぎん福祉基金 宛					平成 年 月 日					
(フリガナ) 申込者(団体) の名称		() 印								
申込者(団体) 住所・所在地		〒			TEL			FAX		
(フリガナ) 代表者の肩書・氏名		()			()			事務担当者 _____		
施 設 また は 事 業 の 種 類		〒			TEL			FAX		
助成申込金額		千円 (※ 千円未満は切り捨てをしてください。)			定員		職員数			
助成金の使途										
事業の担当者 またはスタッフ		氏 名			年 令		備 考			
事業の予定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
助成金により行う事業費支出明細および財源										
事業内容	金 額	内 訳			資 金 計 画			金 額		
					しがぎん福祉基金* (助成金申込金額)					
					自己資金					
合 計					合 計					

※しがぎん福祉基金(助成金申込金額)は、千円未満切り捨て。150万円以内かつ合計金額の4分の3以内。

助成申込事業の概要

他団体からの助成状況

(単位：千円)

①助成申請中のもの			②過去3年間の助成状況			
団体名	事業内容	金額	年度	団体名	事業内容	金額

市町社会福祉協議会の意見（市町名： ）

<申込添付書類> ・見積書 ・定款、寄付行為または規約 ・役員名簿
・代表者の履歴書（個人の場合） ・前年度の収支決算書

受付番号

受付日

※ 申込書にご記入いただきました個人情報とはがぎん福祉基金にて適切に管理し、当基金の事業に必要な範囲で使用することとし、目的外での使用は致しません。
なお、お送りいただきました書類はお返しできませんのでご了承ください。