

※ この用紙に記載されました個人情報は、配分にかかる業務に利用することを目的とし、本委員会において適正に管理し、無断で第三者に提供しません。

月 日

(令和2年度共同募金運動による)
令和3年度事業に対する共同募金助成要望書



平群町共同募金委員会会長 様

団体・法人（施設）の名称	
(ふりがな) 代表者職名と氏名	印
所在地	(〒 -) 住所 TEL : FAX :
(ふりがな) 事務担当者氏名・連絡先	TEL :

1. 貴会・貴団体の概要

団体・施設の種類	
<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 高齢者施設・団体 <input type="checkbox"/> 身体障害者施設・団体 <input type="checkbox"/> 知的障害児者施設・団体 <input type="checkbox"/> 心身障害児者施設 <input type="checkbox"/> 精神障害児者施設・団体 <input type="checkbox"/> 児童青年施設・団体 <input type="checkbox"/> 一人親家族施設・団体 <input type="checkbox"/> 女性福祉関係団体 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・団体 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護施設・団体 <input type="checkbox"/> NPO・ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 民生児童委員会 <input type="checkbox"/> 福祉事業者団体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 <input type="checkbox"/> 住民参加団体 <input type="checkbox"/> 保険・医療関係 <input type="checkbox"/> その他 ()	
活動目的 (～を行う団体・施設)	活動目的 (～を行う団体・施設)
設立年月日	設立年月日
会員数	団体： 会員数
	個人： 利用者数
共同募金受配履歴 (該当項目に☑して下さい。)	<input type="checkbox"/> 以前に共同募金の助成を受けたことがない <input type="checkbox"/> 以前に共同募金の助成を受けたことがある (直近の受配事業実施年度 : 年度実施事業)

2. 要望事業

事業名		事業
事業費総額	円	助成要望額 円
事業の履歴 (該当項目に☑して下さい。)	<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 継続事業 (共同募金の助成実績有り) <input type="checkbox"/> 継続事業 (共同募金の助成実績無し)	

3. 事業の対象者

だれを対象とする事業ですか。（該当する対象者全てに☐して下さい。）	
高齢者	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 要支援高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 介護者・家族
障害児・者	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 心身障害者 <input type="checkbox"/> 介護者・家族
児童	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 一人親家族 <input type="checkbox"/> 養護児童 <input type="checkbox"/> 交通遺児 <input type="checkbox"/> 家族
住民	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> 長期療養者 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 在日外国人 <input type="checkbox"/> 更生保護関係者 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> その他（ ）

4. 事業内容

要望事業の分類（該当する事業に☐して下さい。）	
生活支援	<input type="checkbox"/> 日常生活支援 <input type="checkbox"/> サロン・療育 <input type="checkbox"/> 施設・機器整備 <input type="checkbox"/> 在宅介護者支援
社会参加	<input type="checkbox"/> 福祉教育・学習 <input type="checkbox"/> 自立就労支援 <input type="checkbox"/> 研修・交流・イベント <input checked="" type="checkbox"/> まちづくり
総合福祉	<input type="checkbox"/> 児童・青少年関係事業 <input type="checkbox"/> コーディネート <input type="checkbox"/> ボランティア育成 <input type="checkbox"/> 生活相談 <input type="checkbox"/> 情報提供・啓発
災害関係	<input type="checkbox"/> 備品活動
その他	<input type="checkbox"/> （ ）
具体的事業内容（200文字以内）	
期待される効果（継続事業の場合は、現在の評価や課題など継続の必要性を踏まえて）	

5. 事業日程及び実施場所

実施回数 （数えることが出来ない事業は件数）	年 回 又は 件
実施時期	令和 年 月～令和 年 月 （ 通年 ・ 短期 ）
実施場所	

