

提出者	
連絡先	

受付者		整理番号			
局長		次長		課員	

※事務局記入欄

令和3年度 あさひふれあい助成金申込書

健康増進区分

社会福祉法人横浜市旭区社会福祉協議会会長 様 令和 年 月 日
 令和3年度 あさひふれあい助成金の交付を受けたいので必要書類を添付し申請します。

申請 団体	ふりがな					
	団体名					
	ふりがな	住所	〒			
	代表者	電話		FAX		
		メール				
	ふりがな	住所	〒			
	連絡担当者名	電話		FAX		
		メール				
	ふりがな	住所	〒			
	会計責任者名	電話		FAX		
		メール				
	申込区分	健康増進区分	助成申込金額	円		
活動内容	①高齢者の健康増進事業		活動 場所			
	②施設等を訪問する特技ボランティア					
申請	<input type="checkbox"/> 新規申請（新規立上げ助成含まず） ※今年度初めて申請の場合チェック		参加者数	人		
■活動の目的						
■共同募金への協力について（必須） <input type="checkbox"/> 街頭募金にて協力（ボランティア団体として / 地区社協・地区民児協と一緒に） <input type="checkbox"/> 卓上募金にて協力						
■年間の事業スケジュール						
月	内容	人数	月	内容	人数	備考
4			11			受付印
5			12			
6			1			
7			2			
8			3			
9			合計 回数	回	1 回あたり 人数	
10			合計 人数	人		

収支予算

団体名 :

0

申請事業全体の予算額を記入してください。(助成対象経費以外の経費についても記入してください。)(単位:円)

科 目		予 算 額	説 明 (内訳・算出根拠)		
収 入	① あさひふれあい助成金		千円単位で記入		
	自主財源	② サービス利用者の利用料 障害当事者の会費			
		③ 担い手・ボランティアの会費等			
		④ 他からの助成金・補助金			
		⑤ その他 ()			
		⑥ 自主財源計 (②+③+④+⑤)		⑥が⑦に占める割合 ⑥÷⑦≥20%	%
	⑦小計 (①+⑥)			※小数点第1位切捨て	
	その他	⑧ 前年度繰越金		⑧が⑩に占める割合 ⑧÷⑩≤25%以下	%
		⑨ 前年度積立金		※小数点第1位切上	
	⑩合計 (⑦+⑧+⑨)				
科 目		予 算 額	説 明 (内訳・算出根拠)		
支 出	助成対象経費	⑪ 活動費			
		⑫ 活動場所の維持費			
		⑬ 物品購入費 (除:食材費・飲食経費)			
		⑭ 謝金			
		⑮ 通信運搬費			
		⑯ 車両経費 (事業に関わる車両に限る)			
		⑰ 保険料			
		⑱ 印刷費			
		⑲ コーディネーター人件費			
		⑳ 拠点整備と改修費			
	小 計⑳ (⑪~⑳)				
	助成対象外経費	㉑ その他 ()			
		㉒ その他 ()			
		㉓ 次年度積立金			
		㉔ 次年度繰越金			
合 計㉕ (㉑~㉔)					

*収入・支出の合計額は同額になります。説明欄は、内訳・算出根拠も必ず詳しくご記入ください。

団体の状況について

団体名： 0

発足年月日	年 月 日 (活動年数 年) ※道路運送法取得年月： 年 月						
申請事業以外の事業							
活動対象地域							
活動場所							
活動日			時間帯				
事業対象者	<input type="checkbox"/> 児童・青少年 (年代：) <input type="checkbox"/> 障害児者 (年代：) <input type="checkbox"/> 高齢者 (年代：) <input type="checkbox"/> その他 ()	利用者	<input type="checkbox"/> 利用料/ <input type="checkbox"/> 会費 円/1回あたり・年				
		担い手	<input type="checkbox"/> 利用料/ <input type="checkbox"/> 会費 円/1回あたり・年				
受入状況	新規対象者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	所属人数	サービス利用者 または障害者		人
	体験学習	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		ボランティア		人
	ボランティア	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		その他 (家族・講師等)		人
活動保険	<input type="checkbox"/> 加入 (名称) <input type="checkbox"/> 未加入						
他機関連携 (連携する機関)	<input type="checkbox"/> 区社協【会員 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 地区社協【会員 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 自治会町内会 <input type="checkbox"/> 地域ケアプラザ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()						

■上記地域や他団体との交流連携 (どのように連携をとり実施する予定か)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

団体が抱えている課題・問題点

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
