|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一財）健やか親子支援協会.助成申請フォーム  小児希少難病の患者団体　有償ボランティア支援助成制度  応募フォーム  \*黄色の箇所にご記入下さい。行幅などは自由に変更可 | | | | | | | | | | |
| １．申請者  (※患者会をこれから発足される場合は、団体名に「発足予定」とご記入ください。  設立日・事業期間・活動実績は記載不要です。） | | | | | | | | | | |
|  | 団　体　名 | | 名　称 | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | |
| 代表者名 | | 役　職  ご芳名 | |  | | | | | |
| 団体の概要が分かるURL等 | | | | |  | | | | |
| 住　　　所 | | 〒 |  | |  | | | | |
| 担当者名 | | 役職  ご芳名 | |  | | | | | |
| 担当者連絡先 | | E-mail | |  | | 電話 |  | | |
| 設立年月日 | | 西暦 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 事業期間 | | 毎年 | |  | 月から |  | 月まで | | |
| 登録会員数 | |  | | | 名 | | | | |
| これまでの主な活動内容 | |  | | | | | | | |
| ２．目的  ※以下の3項目について、セルのタテ幅を伸ばしていただいて構いませんが、  それでも書ききれない場合は別紙を作成してご提出ください。 | | | | | | | | | | |
|  | 申請の目的 | |  | | | | | | | |
| 助成金により実施したい内容 | |  | | | | | | | |
| 達成したい成果 | |  | | | | | | | |
| ３．助成申請額 | | | | | | | | | | |
|  | 総　　　額 | |  | | | 円 | | | | |
| 【内訳】 | | | | | | | | | |
| 項　　　目 | | 金額内訳 | | | | | | | 金　　　額 |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
| 総計 | | | | | | | | |  |
| 注※総額10万円まで助成。  ※人件費は1人当たり2万円まで、会の活性化につながる活動費用は6万円まで。 | | | | | | | | | |
| 【備考欄】 | |  | | | | | | | | |