|  |
| --- |
| （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】 |  |