

安城市社会福祉協議会 民間障害者施設文化活動費等助成金交付申請書

年 月 日

社会福祉法人  
安城市社会福祉協議会会長

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者の役職・氏名 \_\_\_\_\_ ※

※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

次のとおり、共同募金配分事業である民間障害者施設文化活動費等助成金の交付を申請します。

記	
助成金交付申請額	70,000 円 申請額内訳 定額 円 + (2,000円 × 利用者定員 <u>10</u> 人)
事業所の名称	実施する活動にチェックを入れる。
事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 文化交流活動 <input checked="" type="checkbox"/> 研修活動 <input type="checkbox"/> 広報・啓発活動 事業実施期間は4年7月1日(金) ~ 5年1月31日(火)
実施予定期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )
事業内容 (助成金使途計画)	活動内容を具体的に記入。 (例) 7月 ボーリング大会 10,000円 10月 バス旅行 50,000円
連絡責任者	役職・氏名
	住所
	電話・FAX
	E-mail
添付書類	1 利用者定員が記載された書類(パンフレット)等 2 施設概要が記載された書類(パンフレット)等 3 その他会長が必要と認める書類

安城市社会福祉協議会 民間障害施設文化活動費等助成金変更交付申請書

年 月 日

社会福祉法人  
安城市社会福祉協議会会長

所在地 \_\_\_\_\_

・決定通知の日付を記入。  
・不明の場合は空欄のまま提出してください。

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者の役職・氏名 \_\_\_\_\_ ※

※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

年 月 日付けで通知のありました民間障害者施設文化活動費等助成金につきまして、下記のとおり変更をお願いします。

記

事業所の名称		
事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 文化交流活動 <input type="checkbox"/> 研修活動 <input type="checkbox"/> 広報・啓発活動	変更後に実施する活動に チェックを入れる。 重複可。
変更助成金の額	60,000 円	
既交付決定額	当初申請額	70,000 円
変更理由	(例)職員向け研修を予定していたが、適当な講師が見つからず、実施できないため。	
連絡責任者	役職・氏名	
	住所	
	電話・FAX	
	E-mail	

備考

- この様式中必要としない記載事項を省略し、又は必要に応じて記載事項を修正することができる。
- 申請については、必要に応じて詳細を明らかにする書類を添付するものとする。

安城市社会福祉協議会 民間障害者施設文化活動費等助成金実績報告書

年 月 日

社会福祉法人  
安城市社会福祉協議会会長

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者の役職・氏名 \_\_\_\_\_ ※

※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

次のとおり、共同募金配分事業である民間障害者施設文化活動費等助成金の実績を報告します。

記

請求金額	60,000 円	
事業所の名称		
事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 文化交流活動 <input type="checkbox"/> 研修活動 <input type="checkbox"/> 広報・啓発活動	
事業実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
既交付決定額	決定通知または変更通知の額	60,000 円
事業報告 (助成金使途報告)	活動内容を具体的に記入。 ①7月20日 ボーリング大会 10,000円 利用者全員参加し、ボーリングを楽しんだ。 参加者数 10人 ②10月10日 日帰り旅行 50,000円 家族も一緒に〇〇水族館に行き、楽しんだ。	
連絡責任者	役職・氏名	
	住所	
	電話・FAX	
	E-mail	
添付書類	1 民間障害者施設文化活動費等助成金請求書(様式6) 2 領収書の写し等。ただし、交通費については不要とする。 3 その他会長が必要と認める書類 4 ありがとうメッセージ 5 活動の様子が分かる写真	

実施した活動に  
チェックを入れる。

事業実施期間は4年7月1日～  
5年1月31日内で記入。

安城市社会福祉協議会 民間障害者施設文化活動費等助成金請求書

日付は空欄のまま提出。 年 月 日

社会福祉法人  
安城市社会福祉協議会会長

所在地 \_\_\_\_\_  
 事業者名 \_\_\_\_\_  
 代表者の役職・氏名 \_\_\_\_\_ ※  
 ※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

共同募金配分事業である民間障害者施設文化活動費等助成金として以下の金額を請求します。

	記
交付決定額または変更決定額	60,000 円
助成金請求額	60,000 円
事業所の名称	実施した活動にレ点を入れる。重複可。
事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 文化交流活動 <input type="checkbox"/> 研修活動 <input type="checkbox"/> 広報・啓発活動
事業実施期間	事業実施期間は4年7月1日～5年1月31日 内で記入。
事業実施期間	年 月 日～ 年 月 日
既交付決定額	60,000 円

・決定通知の額  
・変更申請した場合はその額

振 込 口 座	金融機関名	銀行 店 信用金庫 農業協同組合 所						
	預金種別	1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座番号			
	(フリガナ)							
	口座名義人	振込先のわかる通帳の裏表紙のコピーを添付してください。 コピーは鮮明にわかるような濃さでお願いします。						

※通帳の表紙裏(1ページ目・2ページ目)の写しを添付してください。