医療・看護技術向上又は高齢者・障がい者福祉

増進活動に対する助成支援金申請書

令和 年 月 日

公益財団法人「喜・榮・音與」支援財団 殿

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住所 |  |
| 組織・グループ名 |  |
| 代表者氏名 | 印 |
| 連絡先電話番号 |  |

下記の通り申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業課題（テーマ） |  |
| 団体名（グループ名） |  | 構成人員 |
|  　　　　名  |
| 団体代表者氏　名 | ふりがな | 男・女 | 生 年 月 日 | 所 属 ・ 職 名 |
|  | 年　 　月　 　日（　　　　　　　　　　才） |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 申請事項の明細 | 別記のとおり 　事業内容・活動に関する資料、参考資料を添付願います。 |
| 経費の総額 | 円 | 助成希望額 | 円 |
| 上記の通り推薦致します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 年 月 日 住　　　　所 団　体　名 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　付 | 選　　　　　考 | 決　　定 | 通　　知 | 給　　付 |
|  |  |  |  |  |

KIEIOTOYO様式（3−1）

医療・看護技術の向上又は高齢者・障がい者福祉

増進活動に対する助成支援金申請書（明細書①）

|  |
| --- |
| 活動経歴 |
| 助成・表彰歴 |
| 本事業課題の目的・意義 |
| 本事業課題の概要 |

　　　※紙面不足の場合、別紙添付にて補足願います。

KIEIOTOYO様式（3−2）

医療・看護技術の向上又は高齢者・障がい者福祉

増進活動に対する助成支援金申請書（明細書②）

|  |
| --- |
| 見込まれる成果 |
| 活動計画（スケジュール） |
| 活動経費の内訳 |
| 支出項目 | 支出金額 | 内容／適用 |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |

　※紙面不足の場合は、別紙添付にて補足願います。

KIEIOTOYO様式（3−3）