

# (財) ヤマト福祉財団障がい者福祉助成金申請書

※別紙への記載は不可。この用紙の中にすべて記入してください。

平成21年 月 日

法人名 (運営母体名)	ふりがな	代表者名	ふりがな	印
申請する 団体・事業所	ふりがな	申請団体の 連絡責任者	ふりがな	印
申請団体の 所在地	〒□□□-□□□□ 電話 ( ) FAX ( ) 携帯電話			

申請団体・事業所の概要	開設年月	昭和 平成	年	月	運営母体全体の概要	設立年月	昭和 平成	年	月		
	職員数	常勤職員	名	非常勤職員		名	総利用者数(登録者数)	名			
	利用者数(登録者数)	名				総職員数	常勤職員	名	非常勤	名	
	利用者の主な種別	①知的障がい	②精神障がい			運営する事業所数	ヶ所				
	③身体障がい	④障がいの混合	⑤その他( )			正味財産	千円				
	年間総収入額	福祉サービス等の報酬による収入	授産事業等による収入			年間総収入額	福祉サービス等の報酬による収入	授産事業等による収入			
	千円	千円	千円			千円	千円	千円			
団体・事業所の概要											

該当する項目1つを選び、○で囲んでください。

申請区分 ①設備費・備品購入 ②会議・講演会・研修 ③出版・啓発活動 ④調査・研究・文化・スポーツ活動

助成を希望する事業名・物品名(①は設備名・備品名 ②～④は申請する事業名)

申請事業の企画内容(工賃向上や自立と社会参加への支援事業を優先します)

申請事業の内訳	支出の明細	金額	事業資金の内訳	金額	希望する助成額
			①自己資金		万円
			②希望する助成金額		
			③上記以外の資金		
	合計	万円	合計	万円	受付番号

※1 支出合計と事業資金の内訳の金額が一致するようにしてください。

※2 見積書、その他別紙資料の添付は不要です。(適正実勢価格を記入)