

※) 財団記入

受付番号	3-
------	----

3. 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 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	開設 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		事業による 収入総額		年間総収入額	福祉サービス等の 報酬による収入		事業による 収入総額	
	千円		千円		千円		千円		千円	
主な事業の概要										

該当する項目1つを選び、○で囲んでください。

助成対象事業 ・会議 ・講演会 ・研修 ・出版 ・啓発 ・調査 ・研究 ・スポーツ ・文化

助成を希望する事業名(タイトル・イベント名称)

申請事業の企画内容・スケジュール

事業の 資金計画	支出の内容	金額(万円)	支出の内容	金額(万円)	1. 自己資本	万円
	1		5		2. 公的資金	万円
	2		6		3. 借入による資金	万円
	3		7		4. 希望する助成金額	万円
	4		※事業費総額(1~7)	万円	※資金計(1~4)	万円

注1) ※事業費総額と※資金計は同額とすること。

切り取り