※）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 都道 府県		

申請団体・事業所の概要

開設年月	昭和 平成	年	月
職員数	常勤職員　　名	非常勤職員	名
利用者数（登録者数）			名
利用者の主な種別	①知的障がい	②精神障がい	
③身体障がい	④障がいの混合	⑤その他（　　）	
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	

運営母体全体の概要

開設 年月	昭和 平成	年	月
総利用者数（登録者数）			名
総職員数　常勤職員	名	非常勤	名
運営する事業所数			ヶ所
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	
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		5		1. 自己資本	万円
2		6		2. 公的資金	万円
3		7		3. 借入による資金	万円
				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