

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中 (発番号) 令和8年 月 日

配分申請事業名

(配分申請金額は、②申請事業費の
75%以内で、万円未満切捨て)

(申請事業費は、①配分申請金額と
◇施設・団体負担額の合算額)

申請団体 法人名／団体名		フリガナ		法人格 の有無	あり(右記)⇒ なし	
代 表 者 職・氏名・印		フリガナ			法人認可(認証)年月日	
		印				
法人／団体所在地		〒				
		Tel.		Fax.		
申請施設 施設名・事業種別		フリガナ				施設認可年月日
代 表 者 職・氏名・印		フリガナ			事業開始年月日	
		印				
施設所在地		〒				
		Tel.		Fax.		
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等						
《振込先》 ※昨年と変更がない場合でも必ず全ての項目にご記入ください。 (同一法人から複数の施設が申請する場合、法人単位で振込みますので、必ず法人が管理する同一口座をご記入ください。)						
フリガナ	金融機関コード ⇒			支店コード ⇒		
金融機関 及び支店名	1 銀 行 3 信用組合 2 信用金庫 4 農 協			支 店 出張所		
預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ			
口座番号 (右詰めでご記入ください)						
		預金名義人				

1 今回の申請について（令和9年度に購入または実施するものです）

（正・副2部提出）

法人名：				施設名：				
1) 配分申請事業名				2) 申請事業実施予定時期				
				開始：令和 年 月 日				
				完了：令和 年 月 日				
3) 申請内容・理由								
4) 期待される効果								
☆同事業に対する自治体・社会福祉協議会からの補助金：助成金（過去3年間に1回以上）								
・自治体（区市町村）からの補助金 あり / なし				・社会福祉協議会からの助成金 あり / なし				
利用者 対象者	定 員	名	主な対象者	職 員 数		事 務	直接処遇	その他
	実人員	名			常 勤	名	名	名
					非常勤	名	名	名
連絡 先	担当者 職・氏名					Tel：		
	e-mail					Fax：		

2 当該事業資金計画 ※①配分申請金額は、②申請事業費の7.5%以内で、万円未満切捨てとし、切り捨てた端数は◇施設・団体負担額で対応してください。

収 入		金 額		支出項目	金 額	
①配分申請金額	(②の75%以内)←		000円			円
◇施設・団体負担額	(②-①) ←		円			
②申請事業費（＝①＋◇）			円			
のそ 収の 入他	利用者負担金					
	その他〔 〕					
収入合計（②申請事業費＋その他の収入）			円	支 出 合 計		円

☆参考：過去3年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。

地域配分（B配分）申請書（令和8年度申請・9年度使用）

法人、施設等で文書管理をおこなっている場合、その番号

(発番号)

〇〇会発第〇〇号

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中

令和8年〇〇月〇〇日

下記事業に対する配分を申請書2及び添付書類を沿えて

今回申請する事業名を、目的や内容がわかるようにご記入ください。

例) 備品整備 (〇〇)

宿泊研修

日帰り研修

※施設・団体名ではありません

配分申請事業名

備品整備(ミシン)

①配分申請金額

150,000円

(配分申請金額は、②申請事業費の75%以内で、万円未満切捨て)

②申請事業費

200,000円

(申請事業費は、①配分申請金額と◇施設・団体負担額の合算額)

申請団体 法人名／団体名	フリガナ アカイハネ 赤い羽根	法人格 の有無	あり(右記)⇒社会福祉法人 なし
代 表 者 職・氏名・印	フリガナ アカイ ハネヨ 理事長 赤井 羽根代	法人印 or 理事長印	法人認可(認証)年月日 昭和〇〇年〇月〇日
法人／団体所在地	〒000-0000 〇〇区〇〇町〇—〇—〇 Tel. 03-0000-0000 Fax. 03-0000-0000	※認可されている正式名称を記入 施設名に事業種別を混在させたり、通称を記入しないようご注意ください。	
申請施設 施設名・事業種別	フリガナ フワフワノモリ ふわふわの森	就労継続支援B型	平成〇〇年〇月〇日
代 表 者 職・氏名・印	フリガナ アイ ソ 施設長 青井 空	施設印 or 施設長印	事業開始年月日 平成〇〇年〇月〇日
施設所在地	〒000-0000 〇〇区〇〇町〇—〇—〇 Tel. 03-0000-0000 Fax. 03-0000-0000		
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等			
◇施設・団体の事業概要や活動方針、沿革を簡潔にご記入ください。 ～注意！！～ 申請事業内容ではありません。申請事業の説明は、申請書2の記入欄にご記入ください。			
《振込先》 ※昨年と変更がない場合でも必ず全ての項目にご記入ください。 (同一法人から複数の施設が申請する場合、法人単位で振込みますので、必ず法人が管理する同一口座をご記入ください。)			
フリガナ	マルマル	金融機関コード ⇒1234	マルマルマチ 支店コード ⇒567
金融機関 及び支店名	〇〇	1 銀行 3 信用組合 2 信用金庫 4 農 協	〇〇町 支 店 出張所
預金種別	普通 当座	フリガナ	フリガナ
口座番号(右詰めでご記入ください)	0 0 1 2 3 4 5	預金名義人	社会福祉法人 赤い羽根

1 今回の申請について（令和9年度に購入または実施するものです）

（正・副2部提出）

法人名：社会福祉法人 赤い羽根		施設名：ふわふわの森						
1) 配分申請事業名 備品整備（ミシン）		2) 申請事業実施予定時期 開始：令和 年 月 日 完了：令和 年 月 日						
申請書1と同じ。 複数の異なる事業を申請することは出来ません。								
3) 申請内容・理由								
申請事業を審査する際の重要な項目となります。 申請事業について、内容、必要性、現状、なぜ共同募金会へ申請をするのかなど、簡潔に分かりやすくご記入ください。		物品購入の場合、発注＝開始／納品＝完了 研修の場合、出発＝開始／帰着＝完了 の予定をご記入ください。						
4) 期待される効果								
申請事業を実施（備品の場合は整備）することによって 利用者にとってどのようなメリットがあるのか、に重点 を置いて、簡潔に分かりやすくご記入ください。		2項目のどちらも あり／なし の いずれかに○をつけてください。						
☆同事業に対する自治体・社会福祉協議会からの補助金：助成金（過去3年間に1回以上）								
・自治体（区市町村）からの補助金 あり / なし		・社会福祉協議会からの助成金 あり / なし						
利用者 対象者	定 員	20名	主な対象者 精神障害者	職 員 数		事 務	直接処遇	その他
	実人員	19名			常 勤	1名	3名	名
					非常勤	名	3名	名
連絡 先	担当者 職・氏名		事務長 緑山 ふかし		Tel：03-0000-0000			
	e-mail	〇〇〇@〇〇〇.ne.jp		申請内容の詳細を 説明できる方		Fax：03-0000-0000		

2 当該事業資金計画 ※①配分申請金額は、②申請事業費の7.5%以内で、万円未満切捨てとし、
切り捨てた端数は◇施設・団体負担額で対応してください。

収 入		金 額		支出項目	金 額	
①配分申請金額	(②の75%以内)	150	000円	備品整備費	210	000円
◇施設・団体負担額	(②-①)	50	000円		.	
②申請事業費（＝①＋◇）		200	000円	申請書1に記入する額	.	
のそ 収の 入他	利用者負担金			②申請事業費に 含めないでください。	.	
	その他〔例：家族会寄付、 補助金など〕	10	000		.	
収入合計（②申請事業費＋その他の収入）		200	000円	支 出 合 計	210	000円

☆参考：過去3年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。

令和〇〇年10月 △△△駅にて街頭募金活動 …