

令和8年度 当事者団体助成金申込書

令和 8年 月 日

社会福祉法人 八王子市社会福祉協議会

会長 山本 英雄 殿

歳末たすけあい募金助成金を希望するため、下記のとおり申込みます。

1. 団体情報

①団体名称	フリガナ シヤキョウ ワクワカイ 社協 わくわく会			
②代表者 職・氏名	フリガナ カチョウ シヤキョウ 知 会長 社協 太郎	印		
③所在地(又は代表者住所)	〒193-0000 八王子市元本郷町×-×-×			
④Tel・Fax・E-mail	Tel: 042 - 6△△ - □□□□ Fax: 042 - 6△△ - □□□□			
	E-mail: wakuwaku@×××.com			
⑤設立年月	昭和・平成・令和 年 月			
⑥設立目的	△△△△病の患者とその家族を対象に、福祉・医療などの情報を提供し、生活の充実に を図ることや△△△△病への啓蒙活動を目的として設立した。			
⑦会員数 (令和7年4月1日現在)	(A)当事者	10名	(B)その他 (家族・スタッフ等)	10名
	(C)合計 (A) + (B)	20名		
⑧活動内容 (団体全体の内容を記入してください)	1. 月1回の定例会 (情報交換やリハビリ講習会など) 2. 会報の発行 3. 年1回の医療講演会			
※箇条書き				
⑨宣誓者の申請事項 (内容を確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 暴力団、公序良俗に反する若しくは、社会的に指摘されている問題を抱えている団体ではなく、またこれらの団体との関係を有しているものではありません。 <input checked="" type="checkbox"/> 上記誓約に反することが明らかになった場合は、当事者助成金の返還を求めても意義なく承諾します。また、これにより不利益が生じてても 社会福祉法人 八王子市社会福祉協議会に責任を求めることはいたしません。			

(受付番号)

当一

受付日

(裏面あり)

2. 申込内容

⑨申込事業名	△△△△病に関する医療講演会			
⑩事業内容	設立時から毎年医療講演会を実施しており、毎年会員の皆さんから好評をいただいています。通常会員のみを対象としている医療講演会を、今年は△△△△病を広く市民の方に知っていただくために、医療講演会の公開を予定しています。 今回初めて会員以外にも公開するため、講師謝礼以外にもPRのチラシやポスターの作成に費用が掛ります。今回の助成金を使用して実施したいと思います。			
⑪期待される効果	市民の皆さんに△△△△病への理解、最新の医療情報だけでなく、当事者や家族が日頃抱えている思いなどを知ってもらう機会にもなります。新しい・正しい知識を知ってもらうことで、地域での生活向上や東北地方太平洋沖地震などのように災害時での適切な対応などに役立つことが期待できます。			
⑫実施場所	〇〇市民センター			
⑬助成要望額 * (上限4万円)	28,000円	⑭実施期間	令和7年6月1日～ 令和8年3月15日	
⑮助成金により行う事業の収支予算概要 (注) 1. 収入合計・支出合計の一致を確認 2. *は同一金額	[収入]		[支出]	
	項目	金額	項目	金額
	* 助成要望額	28,000円	講師謝礼	20,000円
	自己資金額	800円	消耗品	5,000円
		円	切手代	1,600円
		円	会場使用料	1,200円
		円		円
	合計金額は同一金額となる様に記載して下さい			円
合計	28,800円	合計	28,800円	
⑯添付書類	必ず添付してください。(口を☑してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 会則・規約 <input checked="" type="checkbox"/> 令和7年度事業計画書・予算書 <input checked="" type="checkbox"/> 令和6年度事業報告書・決算書 (年度末・又は2月末日現在までの報告書・決算書をご提出してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 団体資料(パンフレット等) <input checked="" type="checkbox"/> 110円切手 <input checked="" type="checkbox"/> 口座振替依頼書 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳などのコピー			
⑰連絡担当者	氏名	福 市郎		
	住所 (決定通知書の送付を希望する場合)	〒193-0000 八王子市元本郷町×-×-×		
	Tel・Fax	Tel: 042-6△△-□□□□ Fax: 042-6△△-□□□□		
	E-mail	dokidoki2@×××.com		

※ 提出期限: 令和7年5月16日(金) 必着

[提出先・問い合わせ] 〒193-0831 八王子市並木町15-15 2F
 八王子市社会福祉協議会 ボランティアセンター (市民力支援課)
 電話: 042-673-2011 FAX: 042-666-3315