

(様式第1号)

## 2020年度 とまとちゃん福祉基金 支援申請書

20 年 月 日

(あて先) 大阪いずみ市民生活協同組合

郵便番号 〒 —

所在地または住所

団体名

代表者氏名

印

とまとちゃん福祉基金募集要項の規定に基づき、支援申請書を提出します。

### 1. 申請団体の概要 (必須項目)

団体名	(ふりがな)		
分類	<input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> 任意団体 <input type="checkbox"/> その他の法人 ( )		
団体設立日 (西暦)	西暦 年 月 日		
代表者名	(ふりがな)		
担当者名 (代表以外の方が担当の場合、ご記入ください)	(ふりがな)		
住所・電話・FAX ※審査結果の通知はこの住所宛に 発送します。	〒 —		
	TEL	携帯	
	FAX		
メールアドレス ※携帯電話メールアドレスは不可			
URL (団体HP などがあれば)			
スタッフ数	名 (内訳) 有給スタッフ: 名 / ボランティア 名程度		

### 2. 支援金振込先 (必須項目) ※預金通帳の写しを添付してください。

支援金の振込先金融機関	金融機関名	(銀行・信金・農協・信組・その他)					
	支店		種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号						
	口座名義	(ふりがな)					

(様式第1号)

3. 申請する活動 ※ ○をつけてください。

	申請する活動	記入必須項目
Aコース	子どもの居場所づくり活動	1.~10.
Bコース	子どもの生活・教育支援活動	1.~9.
Cコース	子どもの居場所のための資金やボランティアを増やすための活動	1.~5.、7.~9.、10は必要に応じて

4. 団体の設立目的と活動実績 (必須項目)

団体の設立の目的	
団体の活動概要と 主な活動実績	

5. 活動計画書① (必須項目)

活動名		
活動場所/住所	場所名： 住 所：	
申請する活動の実施期間 例：2020年4月1日～ 2021年3月31日まで	年 月 日 ～ 年 月 日	
開催回数	開催頻度 週 ・ 月 回 その他 ( )	のべ開催回数 回
開催曜日・時間 例：第3水曜日17:00～20:00		
参加募集地域 (学区や地区名など)		

(様式第 1 号)

活動の参加対象	<input type="checkbox"/> 1. 未就学児 <input type="checkbox"/> 2. 小学生 (        ~        年生) <input type="checkbox"/> 3. 中学生 <input type="checkbox"/> 4. 高校生 <input type="checkbox"/> 5. 大学生 <input type="checkbox"/> 6. 子育て中の親子 <input type="checkbox"/> 7. 高齢者 <input type="checkbox"/> 8. 一般成人 <input type="checkbox"/> 9. その他 (
活動の詳細 それぞれの項目について具体的に 記入してください。	<活動背景や経緯>
	<活動の内容>
	<活動によって期待される効果、成果および活動のアピール>
	<基金の支援によってどうなりたいか、1年後のビジョン>

(様式第1号)

6. 活動計画書② (Aコース・Bコースのみ)

募集人数	子ども (高校生以下) 名×回 = のべ名	大人 名×回 = のべ名
募集方法	<input type="checkbox"/> 1. チラシ (配布先: ) <input type="checkbox"/> 2. ポスター (掲示先: ) <input type="checkbox"/> 3. 広報誌 (名称: ) <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )	
参加費	<input type="checkbox"/> 1. 有料 (1人あたり 大人 子ども 円) <input type="checkbox"/> 2. 無料	
共催	<input type="checkbox"/> 1. 予定あり (団体名 ) <input type="checkbox"/> 2. 予定なし	
ボランティア保険	<input type="checkbox"/> 1. 加入済み <input type="checkbox"/> 2. 加入予定 <input type="checkbox"/> 3. 加入しない	
食事の調理・提供	<input type="checkbox"/> 1. 予定あり <input type="checkbox"/> 2. 予定なし	
保健所への相談・報告	<input type="checkbox"/> 1. 実施済 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 ( 年 月頃実施予定) <input type="checkbox"/> 3. 実施の予定なし	

7. その他 (必須項目)

他の支援団体への応募状況	他の支援団体への応募 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	応募先: 応募金額: 円 決定時期: 年 月 (すでに決定している場合は金額を記入) 円
	応募先: 応募金額: 円 決定時期: 年 月 (すでに決定している場合は金額を記入) 円

生協の法人登録 ※審査には関係ありません	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 登録済 <input type="checkbox"/> 3. 希望しない
-------------------------	--

※ 生協の宅配事業で商品を利用する法人はご登録が必要です。

(様式第1号)

8. とりくみスケジュール (必須項目)

年月	内容
【例】	4月6日(月) 16:00~ 子どもの居場所 食事・宿題支援 4月20日(月) 16:00~ 子どもの居場所 食事・宿題支援 19:30~20:00 実行委員会
2020年4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
2021年1月	
2月	
3月	



(様式第1号)

10. 推薦 (Aコースは必須項目・Cコースは必要に応じて)

※ 地域の社会福祉協議会、市町村の担当課などの行政のいずれかの推薦が必要です。

助成を申請する

団体名

推薦団体	(ふりがな)	
部署／役職名		
推薦者氏名	(ふりがな)	印
住所	〒      ー	
問い合わせ時連絡先	TEL	FAX
	携帯	E-mail
推薦理由 ・ 団体の活動状況について ・ 今回支援を申請する活動の内容について ・ 期待すること      など		