

大阪府知事 様

大阪府福祉基金地域福祉振興助成金交付要綱第3条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、記載した内容に相違ありません。

a	申請日	年 月 日			代表者印 <small>※法人格をもつ団体は代表者印（理事長印や会長印等）。※法人格をもたない団体は、代表者の私印。</small>
b	★団体名 (法人格も記載)	(フリガナ)			
c	代表者 (役職・氏名)	(フリガナ)	(役職)	(氏名)	
d	団体の所在地	〒 -			
		電話		FAX	
e	連絡担当者 <small>(①が代表者の場合は、必ず②に代表者以外の担当者をご記入ください) (昼間の連絡が可能な連絡先をご記入ください)</small>	連絡先	<input type="checkbox"/> ①事務所 <input type="checkbox"/> ②自宅 <input type="checkbox"/> ③勤務先 <input type="checkbox"/> ④その他 ( )		
		①担当者 氏名	(フリガナ)	電話 FAX	
		②担当者 氏名	(フリガナ)	電話 FAX	
			e-mail		
			e-mail		
f	書類等の送付先 住所及びあて名	送付先 住所	(団体の所在地と異なる場合記載してください。(同一の場合は空欄))		
		あて名			
g	団体の 設立年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	団体の 人員構成	役員 (=定款等に記載の役員)	人
				職員・スタッフ	人
				会員	人
h	団体種別	【法人格「有」】 <input type="checkbox"/> ①NPO法人 <input type="checkbox"/> ②社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ③財団法人・社団法人 <input type="checkbox"/> ④その他 ( )	【法人格「無」】 <input type="checkbox"/> ⑤ボランティア団体 <input type="checkbox"/> ⑥当事者団体・組織 <input type="checkbox"/> ⑦その他 ( )		
i	活動分野	<input type="checkbox"/> ①高齢者 <input type="checkbox"/> ②身体障がい <input type="checkbox"/> ③知的障がい <input type="checkbox"/> ④精神障がい <input type="checkbox"/> ⑤児童 <input type="checkbox"/> ⑥その他 ( )			
j	★主な活動地域				
k	団体のこれまでの 活動状況				
l	これまでの 『活動費助成』 決定回数	平成22年度以降の回数 (今回の申請は含みません) ※5回以上となる場合は 申請できません)	回	うち、令和元年又は令和2年度での助成決定実績	
				福祉活動機器購入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				普及啓発物作成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無