（様式１号－①）＜機＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会理事長　様

〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　神戸市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体･施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

障害者福祉基金　清水事業助成申請書

（　機能訓練助成　）

　　下記のとおり助成を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成申請額 | 円 |
| 事業名 |  |
| 事業内容 |  |
| 実施日 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（全　　回） |
| 実施場所 |  |
| 参加対象者 |  |
| 参加人数(見込) | 名　[知的障害者（児）　　　　名含む] |
| 振込先 | 銀行　　　　　　支店(普・当)№  (ﾌﾘｶﾞﾅ)  名義人 |

　担当者名【　　　　　　　　　　　　　】　　　　連絡先【　　　　　　　　　　　】

* **事業計画書**(様式１号－②)および**予算書**(様式１号－③)を作成してください。
* 振込先の**通帳のコピー**を添付してください。
* 初めて申請される団体は、団体の概要および活動内容がわかる資料を添付してください。

(様式１号－②)＜共通＞

障害者福祉基金 清水事業助成　事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体・施設名：

事　業　名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回 | 日　　時 | プログラム(研修・実習・調査)内容 | 目 的・成果目標 |
|  | 月　 日( )  : ～　： |  |  |
|  | 月　 日( )  : ～　： |  |  |
|  | 月　 日( )  : ～　： |  |  |
|  | 月　 日( )  : ～　： |  |  |
|  | 月　 日( )  : ～　： |  |  |

＊プログラム内容、目的・成果目標が同じ場合は、複数日をまとめて記入してもかまい

　ません。

＊欄が足りない場合は、コピーしてください。

（様式１号－③）＜共通＞

障害者福祉基金 清水事業助成 予算書

（収　　入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位　円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 金　　　　額 | 内　　　　　　　　　容 |
| 清水事業助成 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　計 |  |  |

* 項目例示：参加費、寄付金、助成金、負担金等

（支　　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 金　　　　額 | 内　　　　　　　　　　容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　計 |  |  |

* 項目例示：会場費、講師等謝礼、交通費、通信運搬費等

**飲食費は不可**