〔様式１－１〕

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会

会　長　　三木　正夫　　様

　　　　団体名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　（印）

「地域で子どもを育むプロジェクト～信州こどもカフェ運営支援助成～」について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|   | 役職名　 | 氏名　 |
| 団 体 住 所 | 〒 |
| TEL：　　　　　　　　　E-mail： | FAX： |
|  | 　　　　　　役職名　　 | 氏名　　 |
| 団 体 区 分（✔をつけてください） | □社会福祉法人　□ＮＰＯ法人　□福祉団体　□ボランティアグループ□住民組織団体　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請回数（✔をつけてください） | □1回目　　　　　□2回目　　　　　□3回目 |

申請額　　※申請可能な限度額は、募集要項をご確認ください。

-1-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本額 | 　　　　　　　円 | 第1回目支払対象＊助成決定後支払予定 |
| 上乗せ額①(弁当や食料品の配布による上乗せ額） | 　　　　　　　円 |
| 乗せ額②(開催頻度に合わせた上乗せ額） | 　　　　　　　円 | 第2回目支払対象＊実績報告書提出後、開催回数を確認した上で支払予定 |
|
|
|
| 合計 | 円 |

-1-

**事 業 内 容**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　名 |  |
| 活 動 目 的 |  |
| 主な活動場所 |  | 活動開始年月 |  |
| 活動の種類（✔をつけてください） | □食事提供　　　□学習支援　　　□相談支援　　□食料品配布□その他（多世代交流など） |
| 事 業 内 容 | ※対象者、内容、期待される効果など具体的にご記入ください。※食料配布をする場合、その内容をご記入ください。 |
| 協力団体等 |  |
| 開催頻度 | □月1回　　□月2回　　□月3回　　□月4回以上別紙に開催実績(R6.4月～6月)及び開催予定日(R6.7月～R7.2月)を記載して下さい。-2- |

**収　支　予　算　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額（円） | 内　容 |
|  | うち上乗せ額①に該当するもの |
| 収入 | 助成金申請額 |  |  |  |
| 支　　出 | 需用費食材費・消耗品費燃料費・印刷費 |  |  |  |
| 賃借料 |  |  |  |
| 謝金 |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 合 　　　計 |  |  |  |

-4-

-1-