

(様式第1号)

「福岡市母子福祉会芙蓉基金」
ひとり親家庭等福祉振興助成事業 助成金申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会
会長 本田正寛 様

申請団体名
代表者氏名
申請者住所
〒

印

(電話)

(FAX)

標記基金事業の助成を受けたく、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1. 助成事業名 _____

2. 助成金額 _____ 円

3. 助成事業の目的と内容

4. 申請団体の概要（組織と活動）

5. 添付書類

(1) 事業計画書（様式第1号-2 ※項目を満たしていれば任意の様式でも可）

(2) 収支予算書（様式第1号-3 ※項目を満たしていれば任意の様式でも可）

(3) 申請団体の組織・活動に関する資料

①会則

②役員名簿

③総会資料

④その他、団体の活動が分かる資料

事業計画書

【団体名： _____】

事業名									
事業費総額	円 (うち助成金 _____ 円)								
事業の実施地域									
事業の実施期間	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日								
事業の対象者	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/>ひとり親家庭 (_____ 世帯)</td><td><input type="checkbox"/>子育て家庭 (_____ 世帯)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>児童 (小・中学生) (_____ 人)</td><td><input type="checkbox"/>乳幼児 (小学生未満) (_____ 人)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>障がい児 (_____ 人)</td><td><input type="checkbox"/>障がい者 (_____ 人)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>高齢者 (_____ 人)</td><td><input type="checkbox"/>その他 (_____ 人)</td></tr></table> <p>※対象となるものすべて選択してください。 ※重複する対象者は再掲してください。 ※対象者の人数が明らかでない場合は、おおむねどのくらいの人を対象とするか記入してください。</p>	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (_____ 世帯)	<input type="checkbox"/> 子育て家庭 (_____ 世帯)	<input type="checkbox"/> 児童 (小・中学生) (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 (小学生未満) (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 障がい児 (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 障がい者 (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 高齢者 (_____ 人)	<input type="checkbox"/> その他 (_____ 人)
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (_____ 世帯)	<input type="checkbox"/> 子育て家庭 (_____ 世帯)								
<input type="checkbox"/> 児童 (小・中学生) (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 (小学生未満) (_____ 人)								
<input type="checkbox"/> 障がい児 (_____ 人)	<input type="checkbox"/> 障がい者 (_____ 人)								
<input type="checkbox"/> 高齢者 (_____ 人)	<input type="checkbox"/> その他 (_____ 人)								
事業の内容									
助成事業 (助成期間) 終了後の方針									

(様式第1号-3)

収支予算書

【団体名： _____】

(単位：円)

区分	費目	金額	説明(用途、積算根拠等)
収入	助成金		ひとり親家庭等福祉振興助成事業 (※事業に要する経費の9割を上限とする)
		合計	
支出	謝金		
	旅費		
	賃借料		
	消耗品費		
	印刷製本費		
	通信運搬費		
	会議費		
	委託料		
	保険料		
		合計	

※収入額合計と支出額合計が同額になるように記載してください。

※費目は必要に応じて変更してください。必要のない費目は削除しても構いません。

(様式第3号)

「福岡市母子福祉会芙蓉基金」
ひとり親家庭等福祉振興助成事業 事業実績報告書

平成 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会
会長 本田 正 寛 様

申請団体名
代表者氏名
申請者住所
〒

印

(電話)
(FAX)

平成 年 月 日付、福市社協第 号により交付決定を受けた事業の実績を、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1. 助成事業名 _____

2. 助成金額 _____ 円

3. 助成を受けた事業の実績報告

- (1) 事業報告書 (様式3-2 ※項目を満たしていれば任意の様式でも可)
※事業の経過や成果が分かる書類を必ず添付してください
- (2) 収支決算書 (様式3-3 ※項目を満たしていれば任意の様式でも可)

4. 助成金の精算

(1) 助成金の執行額 _____ 円

(2) 助成金の返還額 _____ 円

事業報告書

【団体名： _____】

事業名	
事業費総額	円（うち助成金 _____ 円）
事業の実施地域	
事業の実施期間	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
事業の対象者	<p><input type="checkbox"/>ひとり親家庭（ ____世帯）</p> <p><input type="checkbox"/>子育て家庭（ ____世帯）</p> <p><input type="checkbox"/>児童（小・中学生）（ ____人）</p> <p><input type="checkbox"/>乳幼児（小学生未満）（ ____人）</p> <p><input type="checkbox"/>障がい児（ ____人）</p> <p><input type="checkbox"/>障がい者（ ____人）</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者（ ____人）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ____人）</p> <p>※該当するものすべて選択してください。</p> <p>※重複する対象者は再掲してください。</p> <p>※対象者の人数が明らかでない場合は、おおむねどのくらいの人を対象としたか記入してください。</p>
事業の内容	
助成事業（助成期間）終了後の方針	

収支決算書

【団体名： _____】

(単位：円)

区分	費目	金額	説明(用途、積算根拠等)	
収入	助成金		ひとり親家庭等福祉振興助成事業 (※事業に要する経費の9割を上限とする)	
		合計		
支出	謝金			
	旅費			
	賃借料			
	消耗品費			
	印刷製本費			
	通信運搬費			
	会議費			
	委託料			
	保険料			
		返還金		
		合計		

※収入額合計と支出額合計が同額になるように記載してください。

※費目は必要に応じて変更してください。必要のない費目は削除しても構いません。