

(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事業
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 谷川浩道様

団体名

所在地 〒

代表者名

(電話)

(FAX)

印

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. 申請事業名

2. 申込み金額

_____ 円

3. 申請事業の概要 (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 定款・会則・規約等

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①

【団体名： _____】

事業名									
事業費総額	円（うち助成金 _____ 円）								
事業の対象地域									
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>※対象とす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	<p>(1) 事業実施に至った経緯、解決したいと考えている課題</p> <p>(2) 事業の詳細 ①内容</p>								

事業計画書②

【団体名： _____】

事業の内容	②日時			
	③場所			
事業の内容	④運営（人員）体制			
	⑤ 1回あたりの参加者（運営スタッフ除く）想定人数			
事業の内容	⑥参加者負担			
	⑦広報			
事業の内容	⑧対象地域の関係者、その他関係機関等との連携			
	⑨その他特記事項			
事業の内容	(3) 事業実施により見込まれる効果、課題に対する成果			
	(4) 助成事業（助成期間）終了後の方針、事業継続に関する考え			
本事業と同内容で 他団体への助成 応募状況（結果待ち を含む）	申請先団体名	申請事業名	申請金額	結果通知時期
			円	20__年__月
			円	20__年__月

収支予算書

【団体名： _____】

(単位：円)

区分	費目	金額	説明 (※用途、算出根拠を必ず記入してください)
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		
	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事業
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 谷川 浩 道 様

団体名
所在地 〒

代表者名

(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)

※領収書等支出の状況が分かる書類を必ず添付してください。

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①

【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>※該当す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した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	<p>(1) 実績の詳細</p> <p>①内容</p> <p>②日時</p> <p>③場所</p> <p>④運営（人員）体制</p>								

事業報告書②

【団体名： _____】

<p>事業の内容</p>	<p>⑤参加者数（運営スタッフを除く） （継続事業の場合は、1回あたりの平均利用者数）</p> <p>⑥参加者負担</p> <p>⑦広報</p> <p>⑧対象地域の関係者、その他関係機関等との連携</p> <p>⑨その他特記事項</p> <p>（2）利用者の声、感想など</p> <p>（3）事業実施による効果、課題に対する成果</p> <p>（4）事業実施によって把握した（新たな）課題</p> <p>（5）助成事業（助成期間）終了後の方針、事業継続に関する考え</p> <p>（6）その他</p>
--------------	--

収支決算書

【団体名： _____】

(単位：円)

区分	費目	金額	説明 (※用途、積算内訳を必ず記入してください)
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		
	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。

(様式第4号)

「福岡市母子福祉会芙蓉基金ひとり親家庭等福祉振興事業
助成事業 助成金請求書

一、 金 円

上記金額を請求します。

平成 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会
会長 谷川浩道 様

団体名
所在地 〒

代表者名

(電話)

(FAX)

印

【振込先】

◇ 金融機関名

銀行 本店 ・ 支店

◇ 預金の種別

普通 ・ 当座

◇ 口座番号

◇ 名義人（フリガナ）

※銀行口座は、申請団体名義（代表者名義）のものとしてください。
（例：「福岡ボランティアの会 代表 社協 花子」）

※振込口座の通帳のコピー（表紙及び1頁目）を添付してください。