令和　３年　　月　　日

公益財団法人大阪成人病予防協会

令和　３年度患者団体活動支援申請書

公益財団法人大阪府成人病予防協会会長　様

注）１　Ｗｉｎｄｏｗｓ Ｗｏｒｄ形式フォントＭＳ明朝１０.５ポイントで入力すること

　　２　必ず枠内に収まるように簡潔明瞭に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　　　　　　　団体名代表者役職名及び氏名 |  |
|  | ㊞ |

　次のとおり、患者団体活動のための助成を受けたく申請します。

　なお、患者団体活動が助成の対象となったときは、これら活動に関する情報（団体名、代表者の役職名、氏名、活動内容、活動費用など）を情報公開することに異議ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 団体の住所 | 〒 |
| 団体の設立年月 | 　　　　年　　　　月 |
| 団体の構成員数 | 　　　　　　　　　人 |
| 団体の目的（注）団体の設立目的について書いてください。 |
|  |
| 団体の活動（注）これまでの主な活動についてについて書いてください。 |
|  |
| 法人格の有無（注）該当する□に✔してください。 | □　あり | □　なし |
| 団体のホームページのアドレス |  |
| 連絡先（注）電話については平日の昼間に必ず連絡が出来る連絡先を書いてください。 |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 固定（携帯）電話番号 |  |
| ファクシミリの番号 |  |
| E‐mailアドレス |  |

|  |
| --- |
| 事業の概要（注）今回の活動支援申請に係る事業の概要について書いてください。 |
| １　事業名 |  |
| ２　事業の回数（注）該当する□に✔してください。 | □　新規 | □　継続（ 　回目） |
| ３　事業の目的 |
|   |
| ４　実施予定時期 | 令和　　年　　月　　日（　曜日）　　　　時～　　　　時　～　令和　　年　　月　　日（　曜日）　　　　時～　　　　時 |
| ５　実施予定場所 |  |
| ６　事業の対象者 |  |
| ７　事業実施内容（注）どのような内容の事業を行うか具体的に書いてください。 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ８　事業効果予測（注）事業を行うことによりどのような効果が期待されるか具体的に書いてください。 |  |
| ９　協力、後援の予定（注）どのような団体等からの協力、後援を予定しているかを書いてください。 |  |
| １０　その他（注）その他、記入事項があれば書いてください。 |  |

|  |
| --- |
| 事業の予算（注）１　事業の予算の中で、今回の活動支援申請に係る助成金をどのように使う予定なのかを書いてください。　　　２　パソコン等の機器購入費、家賃等の事務所経費（付随経費を含む）は対象外です。　　　３　この事業に直接使う講師招聘、交通費、消耗需用費等は対象です。 |
| 収支 | 収入及び支出の内訳　（注）具体的に書いてください。 |  | 金　額 | (円) |
| 収入 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 収入の計 |  |
| 支出 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 支出の計 |  |
| 収支 |  |
| （赤字の場合の補填方法） |

|  |
| --- |
| 今年度における他団体への助成金申請の状況　（注）該当する□に✔してください。 |
| □　あり | （注）次に、申請先、事業名と活動テーマ、申請額を書いてください。 | □　なし |
| 申請先 | 事業名と活動テーマ | 金　額　　(円) |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |