（様式第2号）

　事 業 計 画 書

１．団体の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 団体の名称 | |  |
| 1. 事務所所在地   【複数ある場合は主たる事務所】 | | （〒　　　　　　　） |
| 1. 代表者氏名 | |  |
| 1. 本事業の担当者・所属名 | | （担当者名）  （所属名） |
| （５）連絡先 | Tel |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |
| （６）設立年月 | |  |
| （７）団体の主な活動 | | ・  ・  ・ |
| （８）団体構成員（企業）数 | |  |
| （９）本事業の応募にあたっての決定機関 | | 〔決定機関〕該当箇所に○印及び記入をしてください。   1. 総会・理事会・その他（　　　　　　　） 2. 決定していない   　今後する予定（総会・理事会・その他〔　　　　　〕） |

２．本事業の概要

（１）対象事業名（テーマ）　　　該当事業の番号に○印をしてください。

|  |
| --- |
| １　がんやがん検診に関する正しい知識の普及を行い、検診の受診につなげるための取組み  ２　アピアランスケアについての正しい知識の普及啓発活動  ３　がん患者家族支援活動  ４　１～３のほか、大阪府のがん対策に資する取組み |

（２）事業名

|  |
| --- |
|  |

（３）事業内容

|  |
| --- |
|  |

（４）事業実施スケジュール（実施時期及び実施内容を記載してください）

|  |
| --- |
|  |

（５）事業のモデル性・向上性・新規性・実現可能性・意欲

（本事業が次の項目の取組みとしてアピールできる点について、具体的に記入してください）

|  |
| --- |
| （モデル性）  ＜がん対策事業のモデル的な取組みになると思われる点＞  （向上性）  ＜課されたテーマについてのがん対策の貢献又は活性化につながると思われる点＞  （新規性）  <がん対策の推進において、新しい視点や発想があると思われる点>  （実現可能性）  ＜事業実施の体制が構築されていると思われる点。予算的に問題がないと思われる点＞  （過去の助成状況）  <過去の助成状況　　なし　・　1回　・　２回　・　３回以上>  <今回の応募事業への意欲> |

（６）期待される成果等

（本事業の実施により期待される成果全般についてその内容について記入してください）

|  |
| --- |
|  |

３．経費見積額・補助申請額

①経費配分内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費　　目 | 積算内訳 | 金額（円） |
|  |  |  |
| 合　　計 | ① | 円 |

※　必要に応じ見積書を添付のこと

|  |  |
| --- | --- |
| 経費見積額より控除する金額（自己資金、借入金及びその他）② | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 差引額　　①－② | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助申請額（1,000円未満切り捨て） | 円 |

②資金調達内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 補助事業に要する経費（円） | 資金調達先 |
| 自己資金 |  |  |
| 借入金 |  |  |
| その他 |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

1. 補助事業の経理担当者の役職名・氏名