**【様式第１号その１（活動費助成）】**

**令和7年度 大阪府福祉基金**

受付番号

**地域福祉振興助成金　交付申請書　【活動費助成】**

大阪府知事　様

　　大阪府福祉基金地域福祉振興助成金交付要綱第３条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、記載した内容に

相違ありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ａ | **申請日** | 令和　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| ｂ | **法人格**  **団体名（フリガナ）** | 法人格（なしの場合空欄） | | | フリガナ | | | | | | | | | |
| 団体名 | | | | | | | | | |
| ｃ | **代表者役職**  **氏名（フリガナ）** | 代表者役職 | | | フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| ｄ | **団体の所在地** | 〒　　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | FAX | | | |  | | |
| e | **連絡担当者**  （①が代表者の場合は、必ず  ②に代表者以外の担当者を  ご記入ください）  （昼間に連絡が可能な連絡先  をご記入ください） | 連絡先 | □ ①事務所 □ ②自宅 □ ③勤務先 □ ④その他（　　 　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ①担当者  氏名 | フリガナ | | | 電話/FAX | | | |  | | | | |
|  | | | e-mail | | | |  | | | | |
| ②担当者  氏名 | フリガナ | | | 電話/FAX | | | |  | | | | |
|  | | | e-mail | | | |  | | | | |
| f | **書類等の送付先**  **住所及びあて名** | 送付先  住　所 | （団体の所在地と異なる場合記載してください。（同一の場合は空欄））  〒　　　　　　- | | | | | | | | | | | |
| あて名 |  | | | | | | | | | | | |
| ｇ | **団体の**  **設立年月日** | □ 昭和  □ 平成　 年　　　　　　月  □ 令和 | | | | | **団体の**  **人員構成** | | | | 定款等に記載の役員 | | | 人 |
| 職員・スタッフ | | | 人 |
| 会員 | | | 人 |
| h | **団体種別** | 【法人格「有」】  □ ①NPO法人　　□ ②社会福祉法人  □ ③財団法人・社団法人  □ ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 【法人格「無」】  □ ⑤ボランティア団体  □ ⑥当事者団体・組織  □ ⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ｉ | **活動分野** | □ ①高齢者 　□ ②身体障がい 　□ ③知的障がい 　□ ④精神障がい 　□ ⑤児童  □ ⑥その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ｊ | **主な活動地域** |  | | | | | | | | | | | | |
| k | **団体のこれまでの**  **活動状況** |  | | | | | | | | | | | | |
| l | **これまでの**  **『活動費助成』**  **決定回数** | **平成２２年度以降の回数**  （今回の申請は含みません）  ※５回以上となる場合は  申請できません。 | | 回 | | | | | **うち、令和5年又は6年度での助成決定実績** | | | | | |
| **福祉活動機器購入** | | | | □ 有　　□ 無 | |
| **普及啓発物作成** | | | | □ 有　　□ 無 | |