

令和 8 年度 大阪府福祉基金
地域福祉振興助成金 交付申請書【活動費助成】

受付番号 _____

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	<input type="checkbox"/> ①事務所 <input type="checkbox"/> ②自宅 <input type="checkbox"/> ③勤務先 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	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」】 <input type="checkbox"/> ①NPO 法人 <input type="checkbox"/> ②社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ③財団法人・社団法人 <input type="checkbox"/> ④その他()	【法人格「無」】 <input type="checkbox"/> ⑤ボランティア団体 <input type="checkbox"/> ⑥当事者団体・組織 <input type="checkbox"/> ⑦その他()		
i	活動分野	<input type="checkbox"/> ①高齢者 <input type="checkbox"/> ②身体障がい <input type="checkbox"/> ③知的障がい <input type="checkbox"/> ④精神障がい <input type="checkbox"/> ⑤児童 <input type="checkbox"/> 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6年又は7年度での助成決定実績	
				福祉活動機器購入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				普及啓発物作成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無