

一般財団法人愛知難病救済基金

助成金申込要綱

1. 目的および事業

当財団は社会福祉に関する諸活動に対して援助を行い、その向上に寄与することを目的として、当面は、難病患者（児）の福祉向上を目的として事業を展開します。

2. 助成対象

難病を対象とする民間団体（法人格の有無は問わない）が行う以下の事業を対象に助成します。

- 1) 難病児・者の在宅福祉サービスに関する事業
- 2) 難病児・者の文化活動に関する事業
- 3) 難病児・者に関する啓発活動に関する事業
- 4) その他、上記に準ずる事業

3 助成期間

単年度事業。ただし、最大限2年間継続して助成を行うこともあります。

4. 助成金額

1事業30万円程度。ただし、特に有意義と認められる企画については、200万円まで認めることがあります。

5. 選考基準

- ① ユニークで発展性のある活動を優先します。
- ② 企画が優れており、事業遂行の熱意と実行力が窺えるもの、先駆的開拓的なもの、緊急性の高いものを優先します。
- ③ 助成対象が公的施策として実施されているものや、すでに他から助成を受けて実施しているものを除きます。
- ④ 助成金の使途は活動費でも機材購入費でも可。日常の運営費用の不足分を補填する費用については対象外です。

6. 選考方法

選考委員会において選考の上、決定します。

7. 申込手続き

所定の申込用紙に必要事項を記入の上、財団法人愛知難病救済基金へ申請をして下さい。

8. 申込み締め切り日 毎年度末ごろ 詳細はお問い合わせ下さい

9. 助成実施時期 毎年度末ごろ 詳細はお問い合わせ下さい

10. 申込書送付先 財団法人 愛知難病救済基金

理事長 天野 鎮雄

住所 〒460-0003 名古屋市中区錦 1-2-16

スタービル 2階

電話 (052) 231-1055

e-mail info@gekiza.com

11. その他

- 1) 助成決定の選考委員会開催前に実施した案件については、助成対象外となりますのでご注意ください。
- 2) 選考のために必要と認めた場合には、さらに詳しい書類の提出をお願いし、あるいは訪問調査をすることがあります。
- 3) 助成先に対しては、承諾書及び領収書の提出を求めるほか助成事業の実施状況、助成金の使用状況について報告をお願いします。

申込書をお送りの際は、封筒に「申込書在中」と明記下さい。

また、e-mailにてお申し込み希望の場合は、団体名・「申し込み希望」とご連絡先をお知らせ下さい。申込書を添付して返信致します。

e-mail info@gekiza.com