

平成 年度 一般財団法人愛知難病救済基金助成金申込書

受付番号 	平成 年 月 日		
一般財団法人愛知難病救済基金 理事長 天野 鎮 雄 殿		申請者（団体・グループの名称、代表者名）	
⑩			
連絡責任者	氏名 (ふりがな)	(TEL)	
団体種類	<input type="checkbox"/> 難病団体 <input type="checkbox"/> その他		
所在地	〒		
	(TEL)		(FAX)
団体・グループの概要	_____ _____ _____		
会員／会費	会員数 名	会費 円 /月・年	
会報の有無	<input type="checkbox"/> 有 部 (年 回発行)		<input type="checkbox"/> 無
助成申込事業名	申込金額	円	
	助成対象	<input type="checkbox"/> 物件購入費 <input type="checkbox"/> 活動費 <input type="checkbox"/> その他	
申込理由及び期待される成果(事業概要と今後の見通し)	_____ _____ _____ _____		
今年度の他団体への助成申請	<input type="checkbox"/> 有 (さしつかえない範囲で記述願います) <input type="checkbox"/> 無		
助成金による事業の収支予算概要	【助成金充当額】 _____ 【 _____ 】 _____ 収【自己資金】 _____ 支【 _____ 】 _____ 入【その他の資産】 _____ 出【 _____ 】 _____ 見積書添付 【合 計】 _____ 【合 計】 _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
過去に当基金からの助成金を受けたことの有無： <input type="checkbox"/> 有 (_____ 年度) <input type="checkbox"/> 無			
助成金の交付を必要とする日 平成 年 月 日		助成金による事業終了予定日 平成 年 月 日	
特記事項	_____ _____		
振り込み口座	銀行振込の場合： _____ 銀行 支店 普通・当座 口座番号：		
	郵便振替の場合： 口座番号：		口座名義：
よろしければ	URL： _____ E-mail： _____		

* 記入された情報は、(一財) 愛知難病救済基金が助成金の議会でのみ使用し、責任を持って管理いたします。