

令和元年度

番号
平成 年 月 日

公益信託 前田清栄老人福祉基金 様

【申請先：兵庫県共同募金会】

法人住所 〒

法人名

代表者役氏名

印

TEL

FAX

施設住所 〒

施設名

施設長氏名

印

TEL

FAX

公益信託前田清栄老人福祉基金助成申請書

本施設の事業費として下記のとおり公益信託前田清栄老人福祉基金の助成を申請します。
なお、助成を受けたときは助成金の使途その他について基金の規程に従います。

助成要望額	0,000円 (万円未満切捨て) ※1施設につき100万円以内かつ 〔介護保険事業施設は総費用の4分の3以内〕 〔その他の施設は総費用の5分の4以内〕
事業費総額	円
申請内容	
申請の理由 (具体的にわかり易く記入してください。)	
事業実施時期	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (事業は当該年度に終了されるものに限ります)

● 資金計画 ※ 収入と支出の合計額は必ず一致させてください。

収入項目	収入額	支出項目	支出額
前田清栄基金助成			
自己資金			
合計		合計	

● 施設の概要

法人種別		法人認可 年月日	令和・平成・昭和	年	月	日
施設種別		施設認可 年月日	令和・平成・昭和	年	月	日
所在地	〒					
TEL		FAX				
メール		担当者				
ホームページ						
介護保険事業の有無	法人	有・無	(有の場合) 事業内容：			
	施設	有・無	(有の場合) 事業内容：			
利用者定数		名	現在員		名	
職員定数		名	現在員		名	

● 添付書類

①施設補修・車両購入・備品整備・・・見積書1社(写)

※ 施設補修の場合は、規模・構造等を記入した平面図も併せて提出してください。

② 平成30年度決算書

③ 令和元年度予算書

※受託者は、個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日法律第57号)に基づき、申請者の個人情報を、公益信託業務を遂行するために必要な範囲内に限定して利用致します。