|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **生命保険協会「障がい者支援団体 助成金」　申込書**    ２０２４年　　月　　日 | | | | | 申込助成金額 | １５　万 円 | | |
| 使途・目的 |  | | |
| 団体名 | フリガナ | | | |
|  | | | |
| ★申込理由（必要性・緊急性等を具体的に記入してください） | | | |
| 代表者  役職･氏名 | フリガナ | | | |
| ㊞ | | | |
| 住　所 | フリガナ | | | |
| 〒  　　　 　　　　　　　　　　　　 TEL 　 　（　　　） | | | |
| 連　絡  責任者 | 所　属 |  | 役職名 |  |
| 氏　名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 連絡先 | TEL : （　　　　） 　　 　　（内線　　　　）  FAX : （　　　　）  メールアドレス : | | |
| 生命保険協会使用欄 | |  | |
| ・助成予定月　　: ２０２４年１２月中旬  ・助成金利用期限: ２０２５年　２月末日  <ご照会先>  　　　生命保険協会　高知県協会  　 事務局長 降籏　正明  　　　TEL：０８８－８７３－３３０４ | | | ＊記載内容を確認し、当会より詳細を  確認させていただきます。  ＊助成先には、数年後に購入備品等の  活用状況を、訪問確認させていただく  予定ですのでお含みおき下さい。 |
| 参 考 | * 施設利用障がい者の人数 　 　名 ★ スタッフの人数 　　 名 * 主な活動内容 | | | |

＜重要＞ 尚、直近の決算書（無ければそれに代わるもの）を添付いただきます様、お願いします。