|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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。