

2026年度 しがぎん福祉基金助成申込書

社会福祉法人しがぎん福祉基金 宛				
年 月 日				
(フリガナ) 申込者(団体) の 名 称	() 印			
申込者(団体) 住所・所在地	〒	TEL		
		FAX		
(フリガナ) 代表者の肩書・氏名	()	()	事務担当者 _____	
施 設 また は 事 業 の 種 類	〒	設立年月日		
助成申込金額	千円 (※ 千円未満は切り捨てをしてください。)		定員	職員数
助成金の使途	※車両購入(更新を含む)の場合は、「保有車両一覧表」を作成の上、 本申込書とともに提出をお願いします。			
事業の担当者 またはスタッフ	氏 名		備 考	
事業の予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
助成金により行う事業費支出明細および財源 (単位:円)				
事業内容	金 額	内 訳	資金計画	金 額
			しがぎん福祉基金* (助成金申込金額)	
			自己資金	
合 計			合 計	

※しがぎん福祉基金(助成金申込金額)は、千円未満切り捨て。150万円以内かつ合計金額の4分の3以内。

