

令和 年度 一般財団法人愛知難病救済アマチン基金助成金申込書

受付番号		令和 年 月 日	
申請者（団体・グループの名称、代表者名）			
連絡責任者	(ふりがな)	(TEL)	
	氏名		
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 /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【 _____ 】 _____
	【合 計】	_____	【合 計】 _____
			見積書添付 <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	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	助成金による事業終了予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
振り込み口座	銀行振込の場合： _____ 銀行 _____ 支店 普通・当座 <input type="checkbox"/> 口座番号：		
	郵便振替の場合： <input type="checkbox"/> 口座番号：		<input type="checkbox"/> 口座名義：
URL	URL		
連絡先アドレス	E-mail		