

東村山市社会福祉協議会助成事業 確認書

申請にあたり、対象団体の資格要件を満たしているか、下記の項目全てを確認・理解した上で☑をし、団体名・代表者名・押印・記入日の記載をお願いします。

- 東村山市社会福祉協議会助成事業の応募要領を読み、理解しました。
- 応募要領の記載事項に遵守することに同意します。
- 社会福祉協議会への照会に関して、活動団体として情報開示することに同意します。
- 政治・宗教、または営利を目的とした団体ではありません。
- 東京都暴力団排除条例に規定する暴力団と関係のある団体ではありません。
- 当助成事業の主旨や目的に反する行為があった場合、または虚偽の申告が認められる場合は、助成金の返還に応じます。

記入日 令和 年 月 日

団体名 _____

代表者 _____ (印)

(自署の場合押印不要)

(第1号様式)

令和 年 月 日

令和 年度 東村山市社会福祉協議会助成金交付申請書

社会福祉法人

東村山市社会福祉協議会 会長 様

団 体 名 _____

代表者住所 _____

電話 _____ FAX _____

メール _____

代表者氏名 _____ (印)

(自署の場合押印不要)

令和 年度東村山市社会福祉協議会助成金として、下記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

記

1. 助成金の種類 (申請する助成金に○印をつけてください。)

- (1) 当事者団体助成
- (2) 地域福祉活動助成
- (3) ふれあい・いきいきサロン運営費助成
- (4) 福祉団体助成

2. 交付申請額 _____円

※添付書類

- ・事業計画書 (別記 1A-1~4号様式)
- ・収支予算書 (別記 1B-1~4号様式)
- ・会員名簿 ※当事者団体助成、ふれあいいきいきサロン運営費助成
地域福祉活動助成

(別記 1A-3号様式 ふれあい・いきいきサロン運営費助成)

令和 年度 事業計画書

団体名		設立年月日	年 月 日
サロン名		開始年月日	年 月 日
サロン活動責任者	氏名 電話 メール		
実施場所			
会場使用料	有 (1回 円) ・ 無		
活動目的			
活動内容 (具体的に)			
会費等	会費：有 (年額 円) ・ 無 参加費：有 (月額・1回 円) ・ 無		
実施予定 (実施回数) (実施時間)	令和 年 4月 ~ 令和 年 3月 (年間 回) (毎月 第 曜日 / 毎週 曜日) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
参加者等	参加者：男性 名、女性 名 (計 名) 運営スタッフ：男性 名、女性 名 (計 名) 合計 名		

年間行事等 (休みがある場合もお書きください)

月別	行事内容	月別	行事内容
4月		10月	
5月		11月	
6月		12月	
7月		1月	
8月		2月	
9月		3月	

本事業以外の補助金・助成金の有無	有 () ・ 無
保険加入	ふれあいサロン傷害保険・その他 ()

令和 年度 収 支 予 算 書

サロン名 _____

< 収 入 >

内 容	予 算 額 (円)	説 明
1. 社協助成金		1) 基 本 額 _____ 円 2) 活動保険料補助 _____ 円 @15×_____人 (※年間延べ人数) 3) 会場使用料 _____ 円 @_____ × _____回 4) サロン立上げ補助 _____ 円
2. 会 費		@ _____ × _____人
3. 参 加 費		@ _____ × _____人
4. その他収入		
5. 前年度繰越金		
収 入 合 計		

< 支 出 >

内 容	予 算 額 (円)	説 明
1. 材 料 費		1) お茶・食事など _____ 円 2) 手芸・工作など _____ 円 3) その他 _____ 円
2. 活動保険料		1) 活動保険 (_____ 保険) @30×_____人 (※年間延べ人数) 2) その他保険料 _____ 円
3. 会場使用料		内訳)
4. 謝 礼		
5. 備品購入費		
6. 事 務 費		1) 事務用品 _____ 円 2) 印刷費 _____ 円 3) 通信費 _____ 円 4) 会議費 _____ 円 5) その他事務費 _____ 円
7. そ の 他		
支 出 合 計		

※活動保険料の年間延べ人数とは前年1月～12月の実績

会計担当者 _____

(印)

(自署の場合押印不要)

() 参加者名簿

No.	氏名	町名	No.	氏名	町名
1			27		
2			28		
3			29		
4			30		
5			31		
6			32		
7			33		
8			34		
9			35		
10			36		
11			37		
12			38		
13			39		
14			40		
15			41		
16			42		
17			43		
18			44		
19			45		
20			46		
21			47		
22			48		
23			49		
24			50		
25			51		
26			52		

※運営スタッフは、番号に○を付けて下さい。

※用紙が足りない場合はコピーして使用してください。

令和8年度 ふれあいサロン傷害保険 申込書

東村山市社会福祉協議会 様

年間延べ人数〔令和7年1月～令和7年12月までの実績または見込み人数〕×30円

() × 30円 = _____ 円

以上のように申請いたします。

令和8年 2月 日

サロン名

代表者名

印

(自署の場合押印不要)

ふれあい・いきいきサロン運営費助成 申請書類 チェックリスト

提出前に下記項目を再度ご確認くださいまして、 にチェックの上、
本用紙も提出時ご持参ください。

東村山市社会福祉協議会助成事業 確認書（1部）

- 記入漏れはありませんか。
- すべての項目にチェックがついていますか。
- 代表者の印の押し忘れはありませんか。（自署の場合押印不要）

東村山市社会福祉協議会助成金交付申請書（1部）

- 記入漏れはありませんか。
- 代表者の印の押し忘れはありませんか。（自署の場合押印不要）

事業計画書（1部）

- 記入漏れはありませんか。
- 参加者数は、名簿の人数と同じ人数で記入されていますか。
- 年間行事で、活動がお休みの月はお休みと記入されていますか。

収支予算書（1部）

- 記入漏れはありませんか。
- 収入の合計額と支出の合計額は合っていますか。
- 会計担当者の印の押し忘れはありませんか。（自署の場合押印不要）

参加者名簿（1部）

- 10名以上の参加者および運営スタッフの記入がされていますか。
- スタッフに○が記入されていますか。

ふれあいサロン傷害保険申込書（申込団体のみ、1部）

- 代表者の印の押し忘れはありませんか。（自署の場合押印不要）

※すべての書類において、訂正箇所がある場合は2重線を引いたうえ、
訂正印を押してください。修正テープ等は使わないでください。
消せるボールペンを使用しないでください。

職員 記入欄	月日	職員氏名
1次 チェック	/	
2次 チェック	/	