|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人（法人格）1.社会福祉法人2.公益財団法人3.公益社団法人4.特定非営利活動法人5.その他(　　　　　)該当する番号に○印を付して下さい。 | 名　称 | ふりがな |  |
|  |
| 代表者の職・氏名 | ふりがな |  | 設立年月日（和暦） |
|  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| ﾒｰﾙ |  |
| 助成を要望する施設(事業所) | 名　称 | ふりがな |  |
|  |
| 施設代表者の職名・氏名 | ふりがな |  | 設立年月日（和暦） |
|  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| ﾒｰﾙ |  |
| 施設(事業所)の種類 |  |
| 要望の内容いずれかの番号に○印、該当箇所に記入して下さい。 | １ 備　品 | 機材名「　　　　　　　　　　　　　　　　　　」（ １．新規　２．更新(使用年数：　　　年)・　３．増設　） |
| ２ 車　両 | 車種「　軽 ・ 普通　・福祉車両　」（　　　）人乗り（ １．新規　２．更新　(使用年数：　　年、走行距離：　　　km)　３．増車　 ） |
| ３施設改修等 | １．新　築　　２．拡　充　　３．改　修（経過年数：　　　年）４．設備等の工事 |
| ４ その他 |  |
| 助成要望事業の内容、要望理由 |  |
| 資金計画概　要 | ①総事業費 | 円（税込で記載） |
| ②助成要望額 | 万円（万円単位（①の75％以内､万円未満切り捨て） |
| ①‐②自己負担額 | 　　　　　　　　　円 |
| 実施時期（和暦） | 年　　　月 |
| この計画の担当者職・氏名及び連絡先 | 職名 |  | TEL |  |
| ふりがな |  | FAX |  |
| 氏名 |  | ﾒｰﾙ |  |
|  |

提出日：令和７年　　　月　　　日