（様式１―２）

令和７年度　地域の子どもの福祉のための助成申請書

|  |
| --- |
| 提出日　　　　　年　　　月　　日 |

**■団体について**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）法人・団体名 |  |
| 代表者名 | 役職名 | 氏名（ふりがな） |
|  |  |
| 法人・団体所在地 | 〒　　　　-　　　　 | TEL: |
| FAX: |
| E-mail: |
| URL: |
| （ふりがな）施設名 |  | 種別 |
| 施設長名 | 役職名 | 氏名（ふりがな） |
|  |  |
| 施設所在地 | 〒　　　　-　　　　 | TEL: |
| FAX: |
| E-mail: |
| URL: |
| 連絡責任者名 | 役職名 | 氏名（ふりがな） |
|  |  |
| 連絡責任者連絡先 | TEL:　　 | FAX: |
| 携帯: | E-mail(PC): |
| 〒　　　　-　　　　  |

**■支援者情報（施設内での通称でも可）**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　　（満）　　歳 |
| 電話番号 | 　 | メールアドレス |  |
| 住　所 | 〒 |
| 在籍校名 |  | 学年/修学年数 | 年/　年 |
| 学科名 |  |
| 施設退所時期 | 西暦　　　　　年　　　　　月 |
| 施設退所時期 | 西暦　　　　　年　　　　　月 |

**■自立応援給付助成の申請について**

|  |  |
| --- | --- |
| **対象人数** | 貴施設の本年度の対象人数を記入ください。。 |
| **申請金額** | 自立応援給付金助成の申請金額を記入ください。（複数人の場合は個々の金額と末尾に総額を記入ください。） |
| **使用用途** | 自立応援給付助成の使用用途について記入ください。 |
| 進学先について（大学、短期大学、専門学校などの種別を記入ください。） |
| **具体的な活動内容** | 今回の自立応援給付助成に申し込んだ経緯と支援者の状況など、貴施設からみた支援の必要性などを記入ください。 |

（提出期限：令和７年１０月２４日（金）（必着）（メールで提出（送信）））

申請対象者が複数人の場合は（様式１―２）の１ページ目を人数分記載してください。