

# (公財) 公益推進協会 顔面障害無償手術基金助成金応募用紙

西暦 年 月 日

申込団体・グループ	団体・グループ名				
	代表者氏名	印			
	住 所	〒 ( )			
	応募書類に関する 問い合わせ先	担当者氏名 ( ) ※結果郵送は担当者宛てを希望 (する・しない) 〒 - Tel mail アドレス			
	設 立 年 月 日	年 月 日	会 員 数	名	
	設 立 目 的				
助成要望事業について	事 業 名				
	助成事業の概要 企画書/ 有・無 (添付は任意)				
	応 募 理 由				
	実 施 時 期	開始年月日	年 月 日	終了年月日	年 月 日
過去5年間の民間 助成を含む助成を 受けた実績	年度	助 成 団 体 名	助成を受けた事業の内容	助成金額 (千円)	
助成要望事業の 収支概要	事 業 費	千円		助 成 要 望 額	千円
	収 入 内 訳		支 出 内 訳		
	項 目	金 額 (円)	項 目	金 額 (円)	摘 要
	助成金収入				
	収入合計		支出合計		

【記入上の注意】

- 「事業名」はできるだけ事業内容がわかりやすい名称としてください。
- 「事業費」は、助成を要望する対象事業に係る総事業費を記入してください。
- 「助成要望額」と「今回の助成金収入」は同額にしてください。
- 「収入合計」と「支出合計」が同額になるようにしてください。