

岩国市共同募金委員会
助成金申請書の作成の手引き



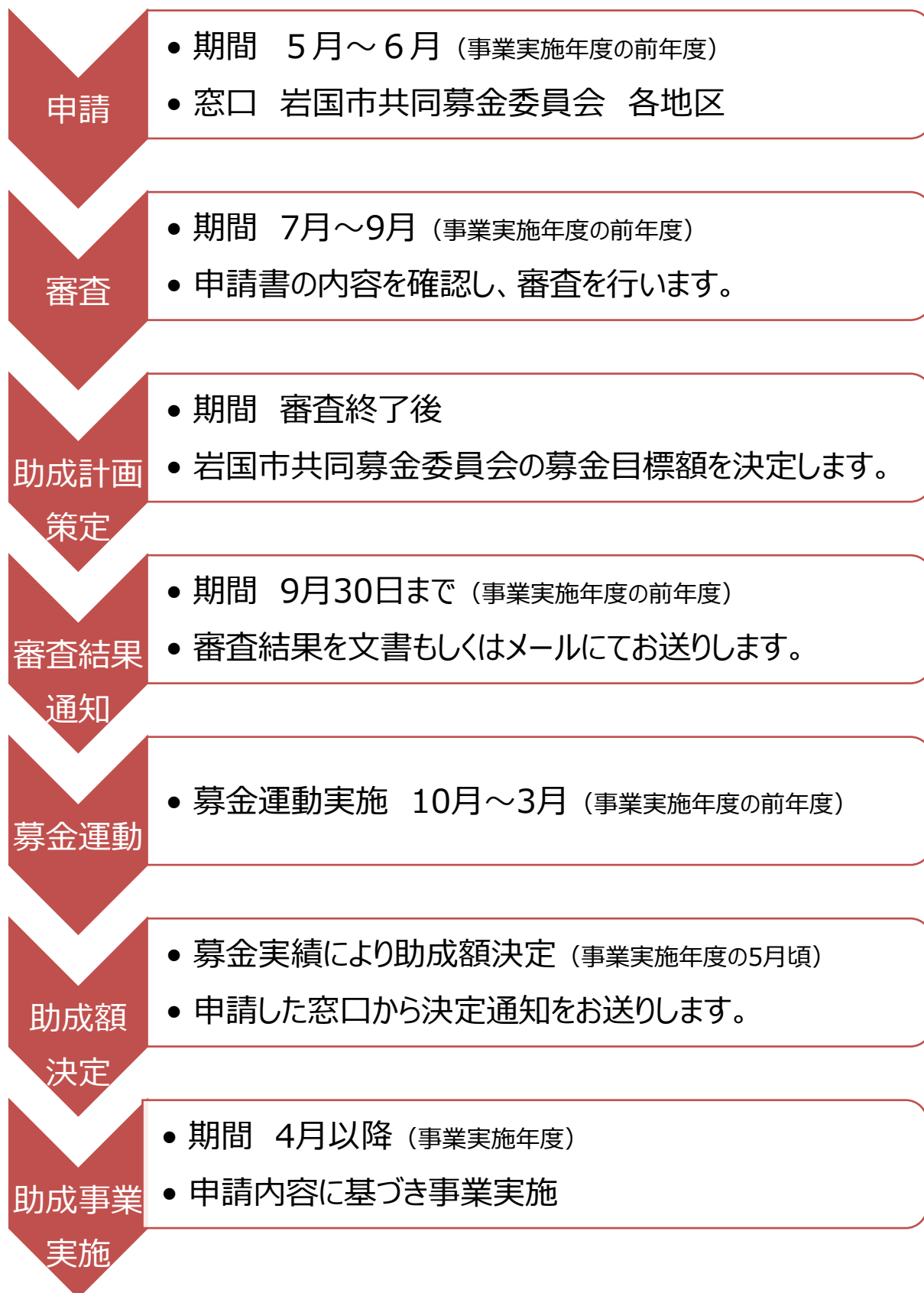
社会福祉法人山口県共同募金会
岩国市共同募金委員会

助成対象事業診断表

(※あくまでも目安ですので詳細はお問い合わせください)



助成申請から事業実施までの流れ



共同募金の対象になる団体と対象外事業について

1 対象団体

- ・地域団体
- ・ボランティア団体
- ・社会福祉法人
- ・特定非営利活動法人（NPO法人）
- ・更生保護法人

2年以上の活動実績が必要です。

2 対象外事業

- ・行政が経営している事業
- ・政治、宗教、組合の手段として行う事業
- ・営利のために行っているとみなされる事業
- ・共同募金との重複感のある寄付金の募集を行っている事業
- ・他の補助金との重複助成や他の助成の支援がふさわしい事業

3 対象外経費

- ・飲食にかかる経費（食材費は除く）
- ・人件費及び報酬（講演会等の講師料、旅費交通費は除く）

令和8年度共同募金による令和9年度

共同募金助成金交付申請書【記入例】

社会福祉法人山口県共同募金会
岩国市共同募金委員会
地区共同募金委員会会長 様

① 法人格のある場合は法人格から
正式名称を記入してください。

団体名 <small>※法人の場合は、 法人格も記入</small>	ふれあいボランティア赤い羽根	
代表者	役職 会長	氏名 赤羽根 太郎

下記の事業を行うため、共同募金助成金の交付を受けたいので申請します。

記

1 申請事業 (詳細は別紙申請事業計画書のとおり、なお申請金額は千円単位)

事業名	申請額
ひとり親世帯クリスマスプレゼント事業	60 千円

2 団体概要 (詳細は別紙団体概要書のとおり)

3 添付書類

- 申請事業計画書
- 団体概要書
- 定款、会則
- 役員名簿
- 前年度事業報告、決算書
- 当年度事業計画、予算書
- 見積書
- カタログ(備品)
- その他 ()

4 申請窓口

各地区共同募金委員会に提出してください。

5 共同募金運動の理解

あなたの団体は共同募金運動に協力できますか？

- 協力できます。
- 協力できません。

()

※共同募金委員会受付欄

共同募金委員会受付印 (日付)
地区名 :
担当者 :

申請事業計画書

■ 事業内容

【事業実施目的】 個人情報保護法によって情報の取り扱いに対し過剰に反応する現代社会においては、地域の中でもひとり親世帯の存在を知る機会が少なくなっています。地域住民同士が互いに支え合う気持ちを持ち合わせていても、ひとり親世帯であることを知る接点や機会がないこと、また、当事者も干渉されることを好まない世帯もあること等から、ひとり親世帯の社会的孤立を増長する傾向にあります。本事業を通じて、ひとり親世帯が地域の中で孤立することなく、住民同士が互いに理解し合い、支え合える地域づくりを目指します。			
【目的達成に向けた活動内容】 12月にひとり親世帯へプレゼントを配布します。配布時には生活上の困りごと等も聞き、話し相手や今後の相談についても対応すること、専門的な相談窓口の紹介等を行うとともに、地域交流や当事者間の交流機会を紹介することで社会的孤立の防止を図ります。			
【事業実施による効果】 本事業によりクリスマスプレゼントを訪問の機会とすることで、ひとり親世帯との関係性の構築や情報の収集にも期待でき、さらには、話し相手や相談につながる可能性もあることから、ひとり親世帯の声なき声をキャッチするための手法としても期待できます。			
実施予定期間	令和8年10月～令和8年11月		
実施予定場所	〇〇町全域		
実施回数	全1回開催	参加予定者数	30名
主な対象者 ※記入例参考	一人親家族		
事業目的分類	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活支援 <input type="checkbox"/> 社会参加・まちづくり支援 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設支援 <input type="checkbox"/> 災害対応・防災 <input type="checkbox"/> その他地域福祉支援		

<p>○主な対象者に分類として下記の項目を選んでください。(複数記入可)</p> <p>【高齢】 <input type="checkbox"/> 高齢者全般 <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> 要支援高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 介護者・家族</p> <p>【障害】 <input type="checkbox"/> 障害児者全般 <input type="checkbox"/> 知的障害児者 <input type="checkbox"/> 身体障害児者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 心身障害児者 <input type="checkbox"/> 介助者・家族</p> <p>【児童】 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 一人親家族 <input type="checkbox"/> 養護児童 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 遺児・交通遺児</p> <p>【住民】 <input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> 低所得者・要保護世帯 <input type="checkbox"/> 長期療養者 <input type="checkbox"/> 在住外国人 <input type="checkbox"/> 更生保護関係 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 犯罪被害者 <input type="checkbox"/> 不登校児 <input type="checkbox"/> ひきこもりの人 <input type="checkbox"/> DV被害者 <input type="checkbox"/> 住民全般</p>

■ 申請事業の収入内訳

項目	収入内訳	金額 (円)
共同募金助成金	〇〇地区共同募金委員会より助成	60,000 円
助成金 (共募以外)		円
参加者負担金	参加費〇円×〇人	円
その他	団体繰越金	円
合 計		60,000 円

②申請単位は千円単位切り捨てで記入してください。

■ 申請事業の支出内訳

項目	支出内訳 (なるべく詳細に記入)	金額 (円)
祝い金品	商品券 2,000 円(1 世帯)×30 世帯	60,000 円
		円
		円
		円
		円
合 計		60,000 円

③ 収入内訳と支出内訳の合計が合うようにしてください

○項目は科目を下記の科目を参考にして作成してください。

- ・謝礼 ・保険料 ・施設借上料 ・入場料 ・使用料 ・資料購入費 ・材料購入費
- ・企画費 ・調査費 ・研究費 ・広報費 ・資材作成費 ・設置費 ・実費弁償
- ・工賃 ・見舞金品 ・祝い金品 ・拠出金 ・研修費 ・行事備品費 ・事務備品費
- ・生活品費 ・消耗品費 ・旅費 ・交通費 ・燃料費 ・通信費 ・その他

団体概要書

■団体情報

団体名	ふれあいボランティア赤い羽根		
住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 岩国市〇〇町〇丁目〇番〇号 赤羽根 太郎 <small>※個人宅の場合は、様方もご記入ください</small>		
連絡先	電話	(0827) 〇〇-〇〇〇〇	F A X (0827) 〇〇-〇〇〇〇
	Mail	akahane-taro@yahoo.co.jp	
ホームページ	団体ホームページの有無（該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> してください） <input type="checkbox"/> ホームページあり ・ <input checked="" type="checkbox"/> ホームページなし		
団体の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者施設・団体 <input type="checkbox"/> 身体障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 心身障害児者施設・団体 <input type="checkbox"/> 精神障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 児童青年施設・団体 <input checked="" type="checkbox"/> 一人親家族施設・団体 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・団体 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護施設・団体 <input type="checkbox"/> NPO法人・団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 福祉事業者団体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 <input type="checkbox"/> 保健・医療関係		
団体の目的	（～を行う団体と簡潔に記入） 訪問事業を通じて、支援を必要としている方々のためのサポートを行う団体		
設立年月日	1980年4月1日	所属会員数	150名

■事務担当者

役職	会計	名前	赤羽根 花子
住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 岩国市〇〇町〇丁目〇番〇号 赤羽根 花子 <small>※書類送付先が団体住所と異なる場合に記入してください。</small>		
連絡先	電話	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇 <small>※連絡がつながりやすい連絡先を御記入ください</small>	F A X (0827) 〇〇-〇〇〇〇
	Mail	hanako-aka@yahoo.co.jp	

■共同募金運動の参加状況

昨年、共同募金に参加しましたか？（該当するものにすべてチェックください）

<input checked="" type="checkbox"/> 募金箱を設置した	<input type="checkbox"/> 用途選択募金のチラシを配った	<input type="checkbox"/> 街頭募金に立って呼びかけた
<input checked="" type="checkbox"/> 会員に協力を呼びかけた	<input checked="" type="checkbox"/> イベントで募金を呼びかけた	<input type="checkbox"/> ポスターを貼った
<input checked="" type="checkbox"/> 会報で協力を呼びかけた	<input type="checkbox"/> 募金開始式に参加した	<input type="checkbox"/> 赤い羽根の集いに参加した
<input type="checkbox"/> 行事に参加した（行事名：_____）	<input type="checkbox"/> 個人的に協力した	
<input type="checkbox"/> その他（_____）		

※個人情報は適切かつ慎重に管理します。いただいた情報は助成審査に関する事務連絡等に使用します