

福島民友愛の事業団		年 月 日			
社会福祉推進事業助成 申請書					
公益財団法人 福島民友愛の事業団 理事長 中川 俊哉 殿					
ふりがな					
(助成を受ける) 施設・団体の 正式名称	印				
ふりがな		代表者 役職名			
代表者氏名					
施設・団体の 所在地	〒	TEL:			
法人所在地 (上記と異なる場合)	〒	TEL:			
連絡先	〒	TEL:			
	ふりがな	FAX:			
	連絡責任者:	携帯電話:			
	TEL:				
	メールアドレス:				
施設・団体の 概要・・・①					
法人設立(活動開始)	年 月	法人格取得(法人の場合)	年 月		
施設開所(活動開始)	年 月				
職員数	人	運営スタッフ数	人		
助成金(20万円) の使途予定・・・②					
他の 補助 など ・	受給実績	助成元	給付時期	内容	額(円)
【子ども食堂等の開催状況について】 ・定期 ・不定期 (どちらかに○)					
開催状況は年に 回程度実施			1回の開催における利用者数 人		
(開催日・開催時間等具体的に)			(利用者について具体的に)		
加入しているネットワーク団体等					

