記入日　　　　　年　　月　　日

団体名：

代表者：（役職）

（氏名）　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　（印）

以下の通り、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．団体の概要** | | | | | | | | | |
| 法人格 | □　NPO法人  □　認定NPO法人  □　公益（　財団　･　社団　）法人  □　一般（　財団　･　社団　）法人  □　社会福祉法人  □　任意団体 | | | | | | | | |
| 団体名 |  | | | | | | | | |
| 設立年 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月  ※ 2017年4月現在で設立1年未満は申請できません | | | | | | | | |
| 代表者の役職名および氏名 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地  および連絡先 | 〒　　　**‐** | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | FAX |  | | |
| 事業担当者名  および連絡先 |  | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | FAX |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| 会計責任者名 |  | | | | | | | | |
| 活動対象とする主な疾患 |  | | | | | | | | |
| 役員（顧問除く）への  医師就任有無 | 有　　　・　　　無　　　※役員に医師が就任している場合、申請できません | | | | | | | | |
| 団体構成員 |  | | | 有給 | | | | 無給 | |
| 常勤職員※ | | | 名 | | | | 名 | |
| 非常勤職員※ | | | 名 | | | | 名 | |
| ※ボランティアスタッフ、アルバイトも「職員」としてカウント下さい。 | | | | | | | | |
| 会　員  （正・賛助問わず） | | | 個人　　　：　　　　　　　　　　　　　名  企業・団体 ：　　　　　　　　　　社・団体 | | | | | |
| 前年度（2016年度）の決算 | 決算の総収入額（A）　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 決算の総支出額（B）　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 次期繰越金（A）-（B）　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 今年度（2017年度）の事業計画  （主な活動内容をご記入ください） | 今年度の事業期間　　　　　年　　月　　　～　　　　年　　月 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 収入予算 | | 円 | | 支出予算 | | | | 円 |
| 助成金を申請された  きっかけは何ですか？ | □　田辺三菱製薬患者会支援担当者からの案内  □　田辺三菱製薬ホームページ  □　日本フィランソロピー協会ホームページ  □　上部組織団体からの情報  □　地域の難病連からの情報  □　地域の保健所からの情報  □　地域の社会福祉協議会からの情報  □　過去に助成金を受けたことがある（　　　　年度）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 手のひらパートナープログラム  への申請状況 | ※申請した年度および結果について、該当するところにチェックしてください  □　第5期（2016年度募集)　（ 採択　・　非採択 ）  □　第4期（2015年度募集)　（ 採択　・　非採択 ）  □　第3期（2014年度募集)　（ 採択　・　非採択 ）  □　第2期（2013年度募集) （ 採択　・　非採択 ）  □　第1期（2012年度募集) （ 採択　・　非採択 ）  □　申請したことはない | | | | | | | | |
| 承認の有無 | 本申請にあたり貴団体の役員会、またはそれに準ずる機関で承認を得ていますか？  □ はい　　　　　　□ いいえ | | | | | | | | |
| 上部組織・団体等がある場合は、本申請に際し、当該組織等へ連絡済みですか？ 該当する組織がない場合は、ご記入いただかなくても結構です。  □ はい　　　　　　□ いいえ | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **２．申請事業の内容** | |
| 申請事業名 |  |
| 申請金額 | 万円  ※上限30万円で、1,000円未満は切捨。審査の結果、減額助成する場合があります。 |
| 申請事業の特性  ※該当するものに  チェックを入れてください | * 申請者が2018年度から新規に取り組む事業 * 団体が以前から実施している事業と同一の継続事業 * 団体が以前から実施している事業を改善・発展させる事業 |
| 事業対象者 （受益者） | □　会員  □ 地域の対象疾患患者およびそのご家族  □　全国の対象疾患患者およびそのご家族  □　難病患者全般  □　一般  □　その他（　　　　　　　　） |
| 事業の背景と目的  ※どのような理由  （必要性）があって、この事業を行うのか | ●事業実施の背景および必要性（解決したい課題・ニーズ等） |
| ●事業の目的（上記の課題、ニーズを受けて申請事業の目的・目標を明確に記載） |
| 事業概要 | ●前項に記載の目的・目標を達成するための事業の実施内容を記載  （誰が、誰に、何を、どのような方法で実施するのか） |
| 事業実施期間 | 開始日　　　　年　　　　月　　　日　　　～　　　終了日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業実施スケジュールと具体的内容 | ●事業実施の年間スケジュールと具体的実施内容  （いつ、どこで、何を実施するのか） |
| 実施体制および  役割分担  協力団体など |  |
| 事業によって期待される成果 | ●実施事業の具体的な成果（参加人数、配布数、実施回数　等） |
| 助成終了後の展望 | ●今回の助成事業の成果を踏まえ、次につなげたいと思っていること、発展させたいこと等を記載 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **３．事業予算書** | | |
| **（１）収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）** | | |
| 項目 | 予算額 | 内訳 |
| 手のひらﾊﾟｰﾄﾅｰﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ助成金 | 円 |  |
| 他団体助成金 | 円 |  |
| 自己資金 | 円 |  |
| 合計 | 円 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（２）支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）** | | |
| 費目 | 予算額 | 内訳 |
| 報償費（謝礼金） | 円 |  |
| 旅費・交通費 | 円 |  |
| 会議費 | 円 |  |
| 物品購入費 | 円 |  |
| 印刷経費 | 円 |  |
| 通信運搬費 | 円 |  |
| 保険料 | 円 |  |
| 委託料 | 円 |  |
| レンタル・リース料 | 円 |  |
| その他経費 | 円 |  |
| 合計 | 円 |  |

※収入と支出の合計額は一致させること

申請書のご記入ありがとうございました。

ご提出いただいた資料およびご記入いただいた個人情報は、本プログラムの選考、運営ならびに情報提供の

目的でのみ事務局および選考委員が利用し、適切に管理いたします。

申請書には、下記資料を添付の上、ご提出をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料  （※印は必須） | □　定款、会則または、会則に準ずるもの・設立趣意書　（※）  □　役員名簿　（※）  □　今年度の事業計画・予算書　（※）  □　昨年度の事業報告・決算書　（※）  □　経費見積書類・説明資料　（※）  □　その他、申請事業や団体概要がわかる資料、新聞記事等 |

（注）審査は、申請書に基づいて実施されますので、必要事項は、本申請書へご記入ください。

添付資料は、申請内容を補完する資料として取り扱います。

なお、ご提出いただきました書類一式は、返却いたしませんので、予めご了承ください。

**本件に関する問い合わせ先**

事　務　局

〒100-0004　東京都千代田区大手町２－２－１　新大手町ビル２４４

公益社団法人日本フィランソロピー協会内

「田辺三菱製薬 手のひらパートーナープログラム」事務局

担当　 宮本　栄（みやもと・さかえ）　両角　明子（もろずみ・あきこ）

TEL 03-5205-7580

FAX 03-5205-7585

E-mail tenohira@philanthropy.or.jp