



2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書

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 申請団体の概要			
団体形態		<input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> NPO 法人申請中 <input type="checkbox"/> 認定 NPO 法人 <input type="checkbox"/> 認定 NPO 法人申請中 <input type="checkbox"/> 公益(財団・社団)法人 <input type="checkbox"/> 一般(財団・社団)法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 任意団体 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           該当するものに、<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。         </div>			
団体名			
設立		年 月	法人格取得 年
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
		URL	
担当者 連絡 先	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
会計責任者名および連絡先		TEL	FAX
活動対象とする主な疾患			
団体構成員		有給職員	
		常勤職員※	名
		非常勤職員※	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

**2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書**

団体設立の背景 (団体の設立に至った背景・経緯についてご記入ください。)						
団体の活動理念 (団体の活動理念をご記入ください。)						
直近の決算での収入内訳と構成比	会費	円	%	事業収入	円	%
	寄付金	円	%	その他	円	%
	助成金・補助金			円 %		
今年度の事業計画 (今年度(申請時時点の年度)の活動計画(団体として実施を計画しているもの)をご記入ください。)	今年度の事業期間： 年 月 ~ 年 月					
	今年度収入予算	円	今年度支出予算	円		
昨年度の事業計画 (昨年度の実績をご記入ください。)	昨年度の事業期間： 年 月 ~ 年 月					
	昨年度収入予算	円	昨年度支出予算	円		
助成金を申請されたきっかけは何ですか? <div data-bbox="135 1989 443 2056" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           該当するものに、☑を            してください。         </div>	<input type="checkbox"/> 田辺三菱製薬患者会支援担当者からの案内 <input type="checkbox"/> 田辺三菱製薬ホームページ <input type="checkbox"/> 日本フィランソロピー協会ホームページ <input type="checkbox"/> 上部組織団体からの情報 <input type="checkbox"/> 地域の難病連からの情報 <input type="checkbox"/> その他 ( )					



2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書

2. 申請事業の内容													
申請事業名													
申請金額	<p>※ご希望の金額を記入してください。ただし、上限は100万円で、1,000円未満は切り捨てをお願いします。審査会での審議の結果、減額して助成する場合がございます。</p> <p style="text-align: right;">万円</p>												
承認確認の有無	<p>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？</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい           <input type="checkbox"/> いいえ (※)         </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>該当するものに、<b>レ</b>をしてください。</p> </div>												
(注) : 「いいえ」の場合は、事務局より、ご相談させていただき場合がございます。	<p>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の有無をご記入ください。</p> <p>なお、当該組織がない場合は、ご記入いただかなくても結構です。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい           <input type="checkbox"/> いいえ (※)         </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>該当するものに、<b>レ</b>をしてください。</p> </div>												
今回助成対象期間と、事業実施期間	<p>今回助成対象期間 2015年4月1日～2016年3月31日</p> <p>※申請事業の始期・終期が上記対象期間外に設定されていても申請は可能ですが、助成対象の費用は上記対象期間内に発生するものに限ります。</p> <p>事業実施期間 2015年4月1日～ 年3月31日 (最長2018年3月31日)</p> <p>下表の該当する実施期間にレ点を付してください。</p> <p>実施期間が1年の事業は1年目に達成する目標を的確に記載して下さい。実施期間が2年の事業は1年目と2年目に達成する目標を的確に記載して下さい。実施期間が3年の事業は1年目と2年目と3年目に達成する目標を的確に記載して下さい。</p> <p>※ただし、複数年かかる事業を申請する場合であっても、次年度分の助成を毎年申請していただき、単年度同様、選考を経て決定します。また、次年度分の申請時点での中間的な成果を明確に設定し、事業の進捗をご説明していただきますことも併せてご了承ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">実施期間</th> <th style="width: 70%;">達成する目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1年</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2年</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3年</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		実施期間	達成する目標	<input type="checkbox"/>	1年		<input type="checkbox"/>	2年		<input type="checkbox"/>	3年	
	実施期間	達成する目標											
<input type="checkbox"/>	1年												
<input type="checkbox"/>	2年												
<input type="checkbox"/>	3年												
申請事業内容													

2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書

事業の 動機・目的	(動 機)
	(目 的)
当プログラムの 助成を必要とす る理由	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> <b>該当するもの全 てに、☑をし てください。</b> </div> 事業対象者及び 参加等の呼びか け・募集方法	事業対象者（便益の享受対象者）は？ <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 地域の対象疾患患者及びそのご家族 <input type="checkbox"/> 全国の対象疾患患者及びそのご家族 <input type="checkbox"/> 難病患者全般 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> その他（                      ）  参加呼びかけ及び募集方法

## 2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書

<p>審査基準ごとの活動の詳細（PRできるものはどんなところか）  <b>※各項目について、審査基準ごとに具体的に、詳しくアピールしてください。</b>  <b>この欄の記載内容は、審査会で選考する際の審査材料となります。</b></p>	
<p>① 企画性          （先進性・独創性）</p> <p><b>事業内容の新規性、独創性、これまでの取り組みではできなかった点など、本企画が優れていると考える点をご記入ください。</b></p>	
<p>② 実現性          （内容・方法の妥当性）</p> <p><b>事業の目的を達成するために今回の活動のやり方やアプローチを妥当と考えた理由をご記入ください。</b></p>	
<p>③ 発展性・持続性</p> <p><b>事業を今後、どのように発展させる計画であるか、また、どのような方法で持続させていく計画であるかについてご記入ください。</b></p>	
<p>その他、アピールできる事項がありましたら、ご記入ください。</p>	

**2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書**

<b>3. 実施内容及びスケジュール</b>												
実施内容 助成対象となる事業の実施事項を時系列にご記入ください。	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

<b>4. 実施体制および役割分担</b>	(実施体制と役割分担を具体的にご記入ください。)

**2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書**

<b>5. 助成事業予算書</b>		
<b>(1) 収入の部</b>		<b>(単位：円)</b>
項目	決算額	内訳
手のひらパートナープログラム助成金	円	
他団体助成金	円	
自己資金等	円	
合計	円	

※他団体からの補助金・助成金を受けた場合は、内訳欄にその団体名および助成金制度名をご記入ください。

<b>(2) 支出の部</b>			<b>(単位：円)</b>
費目	決算額	決算額内訳	
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		

## 2015年度 手のひらパートナープログラム 申請書

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、本プログラムの選考、運営ならびに情報提供の目的で事務局および選考委員が利用し、適切に管理致します。

最後に、下記添付資料の提出をお願いいたします。

添付資料チェックリスト	<input type="checkbox"/> 定款、会則または、会則に準ずるもの・設立趣意書 <input type="checkbox"/> 役員名簿 <input type="checkbox"/> 最新の事業計画・予算書 <input type="checkbox"/> 最新の事業報告・決算書 <input type="checkbox"/> 経費見積書類・説明資料 <input type="checkbox"/> その他、申請事業や団体概要がわかる資料、新聞記事、会報等
-------------	--

- (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。

## 本件に関する問合せ先

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

「田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム」事務局

担当 宮本 栄

TEL 03-5205-7580

FAX 03-5205-7585

E-mail tenohira@philanthropy.or.jp