



第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）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. 団体の概要			
法人格	<input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> 認定 NPO 法人 <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		
団体名			
設立年	西暦 年 月		
	※ 2018 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	

第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）申請書

前年度(2017年度)の決算	次期繰越金(A)			
	決算の総収入額(B)		円	
	決算の総支出額(C)		円	
	次期繰越金(A)+(B)-(C)		円	
今年度(2018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？	<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"/> 地域の保健所からの情報 <input type="checkbox"/> 地域の社会福祉協議会からの情報 <input type="checkbox"/> 過去に助成金を受けたことがある(年度) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 第6期(2017年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 第5期(2016年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 第4期(2015年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 第3期(2014年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 第2期(2013年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 第1期(2012年度募集) (採択・非採択) <input type="checkbox"/> 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？ <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </div>			
	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、ご記入いただくなくても結構です。 <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ </div>			



第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）申請書

2. 申請事業の内容	
申請事業名	
申請金額	<p>..... 万円</p> <p>※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。</p>
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	<input type="checkbox"/> 申請者が 2019 年度から新規に取り組む事業 <input type="checkbox"/> 団体が以前から実施している事業と同一の継続事業 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 地域の対象疾患患者およびそのご家族 <input type="checkbox"/> 全国の対象疾患患者およびそのご家族 <input type="checkbox"/> 難病患者全般 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> その他()
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	<p>●事業実施の背景および必要性(解決したい課題・ニーズ等)</p>
	<p>●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)</p>



第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）申請書

事業概要	<p>●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)</p>
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	<p>●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)</p>



第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）申請書

<p>実施体制および 役割分担 協力団体など</p>	
<p>事業によって期待される成果</p>	<p>●実施事業の具体的な結果(参加人数、配布数、実施回数 等)</p>
<p>助成終了後の展望</p>	<p>●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</p>



第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）申請書

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	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	
人件費(アルバイト賃金)	円	
旅費・交通費	円	
会場費	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

第7期 手のひらパートナープログラム（スタートアップ助成）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)	<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"/> 今年度の事業計画・予算書 (※) <input type="checkbox"/> 昨年度の事業報告・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

「田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム」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

担当 宮本 栄(みやもと・さかえ)

TEL 03-5205-7580

FAX 03-5205-7585

E-mail tenohira@philanthropy.or.jp