



## 第11期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

### ～申請書記入にあたり～

「募集要項」および下記の注意点を参考に、申請書を作成してください。

(1) 冊子、パンフレット、チラシ等の作成を予定している場合

- ◆作成する部数や配布先を具体的に記載してください。
- ◆印刷物だけでなく、インターネットによる公開や配信の有無も記載してください。  
\* マニュアル等の更新頻度の高いものは、インターネットでの公開を推奨します。
- ◆特に啓発用冊子を発行する場合は、医学的な内容が含まれることから、医師など専門家による監修や執筆参加が必須です。必ず監修者名(予定)を記載してください。

(2) 講演会や医療相談会を予定している場合

- ◆「テーマ」「講師」「会場」「収容規模」「参加費の有無(金額)」を具体的に記載してください。
- ◆その他、講演会や医療相談会を通じて得られた成果を、広く発信する工夫をお願いします。  
\*「インターネット配信」等、新型コロナウイルス感染症の動向に関わらず開催できる方法を推奨します。(リアルとオンラインのハイブリッド開催、オンライン開催等)

(3) 継続して申請いただく場合

- ◆前回事業からの進化や、違いがわかる記載をお願いします。

(4) その他

- ◆助成対象となる経費については、「経費ガイドライン」を参照ください。

# 第11期 田辺三菱製薬 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）

以下の通り、申請します。

1. 団体の概要			
法人格	有 ・ 無（任意団体）		
団体名	※法人格を含む正式名称（定款等に記載の正式名称を記載してください） （フリガナ） 団体名		
URL ウェブサイトがある団体は記載			
設立年	西暦 年 月 ※2022年4月現在で設立1年未満は申請できません		
代表者	（フリガナ） 役職： 氏名：		
事務所所在地および連絡先	〒		
	TEL		FAX
申請内容の問い合わせ先	（フリガナ） 役職： 氏名		
	TEL		FAX
	E-mail		
会計責任者名	（フリガナ） 役職： 氏名：		
活動対象とする主な疾患	（指定難病 告示番号_____）		
役員（顧問除く）への 医師就任有無	有 ・ 無		
	「有」の場合 （1）報酬の有無 有 ・ 無 （2）具体的な役割 （ ）		
団体構成員		有給	無給
	常勤役職員	名	名
	非常勤役職員	名	名
会員数	個人	名	
	企業・団体	社	

## 第 11 期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

団体の目的(ミッション)	※団体で正式に明文化されたもの(定款など)を簡潔に記入してください。 (字数上限 150 字)		
主な活動	(字数上限 200 字) (1) (2) (3) (4) (5)		
他の団体との連携有無	※過去 1～2 年の他団体や企業・行政等との連携、ボランティア受入等について記載ください。  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連携先/連携内容) ・ ・ ・		
前年度(2021 年度)の決算 最新の決算書の内容を記載	前期繰越金(A)		円
	収入額(B)		円
	支出額(C)		円
	繰越金(A+B-C)		円
今年度(2022 年度)の予算 最新の予算書の内容を記載	収入額(前期繰越金除く)		円
	支出額		円
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"/> 申請したことがある 申請年度と結果(採択／非採択)  <input type="checkbox"/> 申請したことはない		



## 2. 申請事業の内容

申請事業名  
\* 事業内容を端的に  
示す名称

【種別①】＊いずれかを選択

## 助成事業の種別

【種別②】

□就学／就労等、社会参加を支援する活動

□難病に対する、一般社会への疾患啓発をはじめ早期診断医療へのアクセスを促進する活動

☐ その他 ( )

## 事業の主な対象者

□難病患者／患児

☐ご家族

☐医療従事者、保健師、介護士等

□一般の方々

□運営母体のスタッフ

☐ その他( )

## 申請事業の背景・目的

●解決したい課題・ニーズ(事実を端的に記載)  
(字数上限 150 字)

## ●目的

※申請事業が最終的に何をめざすのかを簡潔に記載  
(字数上限 150 字)

●工夫している点やチャレンジすること  
(字数上限 150 字)

## 第11期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

<p>申請事業の内容</p>	<p>●実施する内容を具体的に記載(いつ、どこで、何を、誰に対して行うのか) (字数上限 500 字)</p>	
<p>事業の進め方 (スケジュール)</p>	<p>(西暦) 年 月</p>	
<p>実施体制 (役割分担、協力団体 など)</p>	<p>(字数上限 200 字)</p>	
<p>実施後に期待される 具体的な成果と展望</p>	<p>※成果:事業を行うことによって生じる変化や波及効果など具体的に (字数上限 200 字)</p>	
	<p>※展望:助成終了後に事業をどのように継続(体制や資金面含め)し、発展させていくのか(字数上限 200 字)</p>	



## 第11期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

### 3. 助成金の申請額と収支見込(適宜、行を追加してください)

(1)助成申請金額		..... 万円(1万円未満切捨。上限100万円)	
(2)収入:事業予算(単位:円)			
費目	金額	資金提供元と内訳	
本助成金	円		
自己資金	円		
他の民間資金	円		
行政からの資金	円		
	円		
	円		
収入合計	円		
(3)支出:事業費用(単位:円)			
費目	金額	内訳・積算根拠、単価・人数他	(うち本助成金からの活用額※)
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
合計	円		円

収入と支出の合計額は一致させること

※各費目について、事業費用のうち本助成金から活用する金額もご記入ください。

## 第11期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

「申請要領」および以下の内容をご確認の上、☒してください。

- ☐ 手のひらパートナープログラム助成金は、申請書に沿って適正に使用し、領収書等を提出します。また目的外は使用いたしません。
- ☐ 手のひらパートナープログラム助成金期間終了後は、所定の報告書を2024年4月末日までに提出いたします。
- ☐ 田辺三菱製薬グループの「患者団体との関係の透明性に関する指針」に従って助成金額、団体名を田辺三菱製薬株式会社のウェブサイト等を通じて情報公開されることに同意します。
- ☐ 手のひらパートナープログラムの選考結果について、異議を申し立てません。
- ☐ 下記の添付資料を添付のうえ、申請いたします。（※は提出が必須）

### 提出資料

（注）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。

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（有職者の場合は、職業を記載すること）（※）
- ☐ 最新の事業計画・予算書（※）
- ☐ 最新の事業報告・決算書（※）
- ☐ 業者見積書（会場費、印刷費、物品購入費、委託費等がある場合）
- ☐ その他、申請事業や団体概要がわかる資料、新聞記事等

以下の申請フォームより、申請書および提出資料を送信してください。

<https://www.philanthropy.or.jp/tenohira/>

※複数回送信すると、それぞれ別の申請として登録されるのでご注意ください。

### 【申請に関するお問い合わせ】

「田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム」事務局  
公益社団法人 日本フィランソロピー協会

TEL: 03-5205-7580 FAX: 03-5205-7585 E-mail: tenohira@philanthropy.or.jp



## 第11期 田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム 申請書

### アンケート

田辺三菱製薬は、患者さんの QOL 向上をめざし、2012 年より当プログラムによる支援を行ってきました。今後のさらなる支援に役立てていくための簡単なアンケートにご回答をよろしくお願いいたします。なお、回答内容は選考に一切影響いたしません。

<p>本助成金を知った きっかけ (複数回答可)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 田辺三菱製薬手のひらパートナープログラム事務局からの案内  <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"/> 難病連からの情報  <input type="checkbox"/> 保健所からの情報  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> その他( )         </p>
<p>患者さんの QOL 向上において、特に支援が必要と感じているテーマがありましたら、お聞かせください。</p>	<p>(任意)</p>
<p>交流会イベントを開催する場合、参加を希望されますか？</p>	<p>           (任意)  <input type="checkbox"/> 希望する      <input type="checkbox"/> 希望しない            ★参加する場合、どのようなテーマ(知りたいこと・話したいこと)を希望されますか         </p>
<p>企業人によるボランティアの派遣を希望されますか？</p>	<p>           (任意)  <input type="checkbox"/> 希望する      <input type="checkbox"/> 希望しない            ★希望する場合、ボランティアを依頼したい作業・業務をご記入ください。         </p>

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。