**【生活困窮者への緊急支援活動助成】 応募様式**

　令和６年　　月　　日

社会福祉法人大分県共同募金会

会長　永松　悟　様

　　　　　　　　　 団体の名称

　　　　　　　　　 代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり「生活困窮者への緊急支援活動助成」に応募します。

(注)枠内をすべてご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①所在地 | 〒 | | |
| ②電話番号 |  | ③メールアドレス |  |
| ④事業担当者名 |  | | |
| ⑤本応募に関連するこれまでの取り組み内容（1000字以内） |  | | |
| ⑥応募活動（事業）名  （記入例）生活困窮者を対象とした相談事業および食料配布事業 |  | | |
| ⑦助成金応募額(合計・円) |  | | |
| ⑧助成金の使い道  応募額の内訳・内容 |  | | |
| ⑨助成活動（事業）期間  ※令和６年4月～令和７年3月の間で、本助成金を充当する期間を記入してください。 |  | | |
| ⑩本助成金による活動内容（1000字以内）  ※1000字以内で本助成金による活動の具体的な内容を記入してください。 |  | | |
| ⑪本助成金による活動の  主な支援対象者 |  | | |

≪助成対象事業について次の質問にお答えください≫

**Q1　助成対象事業の緊急性（いずれかの番号に〇を付けてください）**

　　１．緊急性が高く、今年度既に実施している（実施中である）

　　２．今年度必ず実施する必要がある

　　３．今年度に必ず実施しなければならないものではないが、早期に実施する必要がある

**Q2　関連団体等との連携状況（いずれかの番号に〇を付けてください）**

　　１．複数の関係団体（福祉関係団体、教育機関、行政機関等）と連携して実施する事業である

　（**関連団体名**を記載してください。）

　　２．社会福祉協議会が単独で実施する事業である。

**Q3　今後の継続性（いずれかの番号に〇を付けてください）**

　　１．来年度以降も継続して実施する事業である。

　　２．来年度以降の継続は未定である。

　　３．今年度限りの事業として実施している。

　　４．今年度で事業を休止する（取りやめる）こととしている。