

令和7年度赤い羽根共同募金広域助成事業 申請書作成の手引き



社会福祉法人石川県共同募金会

はじめに

赤い羽根共同募金助成事業申請書の作成にあたっては、以下の点にご留意いただきますようお願いいたします。

1. 提出書類

次の書類を令和7年2月18日（火）必着にて石川県共同募金会宛てに提出してください。

- ① 令和7年度赤い羽根共同募金広域助成事業申請書
- ② 前年度（令和5年度）事業報告及び決算書
- ③ 本年度（令和6年度）事業計画及び予算書
- ④ 定款又は会則及び役員名簿
- ⑤ その他、対象事業に関する参考資料等（団体のパンフレット等）

2. 作成にあたって

- (1) 助成申請事業の内容を明確に記入してください。
事業内容等、申請書に書ききれない場合は、別紙に記入し添付してください。
- (2) 申請書類に不備がないよう十分留意してください。
- (3) 代表者に変更が生じた場合は、直ちに本会に届けてください。

3. 助成事業申請書の記入について

(1) 団体の概要

①団体の名称、所在地、代表者職氏名欄は、正確に記入してください。

②団体の種類は、事業を実施する団体の種類を記入してください。

団体の種類の選択にあたっては、下記を参考にしてください。

1. 団体の概要	
団体の名称	
所在地	
代表者職氏名	印
団体の種類（該当する種類に✓を付けてください。）	
<input type="checkbox"/> 高齢者施設・団体	<input type="checkbox"/> 障害児者施設団体 …… ……
<input type="checkbox"/> 女性福祉関係団体	<input type="checkbox"/> 更生保護団体 …… ……
<input type="checkbox"/> 福祉事業者団体	<input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 …… ……

高齢者福祉団体 障害児者福祉団体 児童青少年福祉団体	} 社会福祉法に規定されている施設等県内広域で組織的に活動している団体
----------------------------------	-------------------------------------

一人親家族関係団体	母子生活支援施設等
女性福祉関係団体	女性会・婦人会等
更生保護団体	更生保護法に規定されている施設等
NPO法人	NPO法人
ボランティア団体	自発性、非営利性を基盤に県域で活動しているグループ
福祉事業者団体	
当事者・家族の会	対象者が事業執行者である場合
保健・医療関係	
その他	上記にあてはまらない団体。カッコ内に記入してください。

③団体の目的は、法人及び団体の設立の目的を記入してください。

④設立年月日は、法人及び団体の設立年月日を記入してください。

⑤会員数は、法人及び団体の会員数を記入してください。

団体の目的		
設立年月日	会員数	

(2) 申請事業

⑥申請事業名は、簡潔でわかりやすい事業名を記入してください。(例：〇〇のための〇〇事業)
申請金額は、千円単位で記入してください。

⑦事業開始月は1年を経過している事業が本助成の対象です。

⑧実施事業の対象地域が県全域または複数市町域である必要があります。ご不明な場合はお問い合わせください。

2. 申請事業について

申請事業名	〇〇のための〇〇事業		
申請金額	円	事業開始月	年 月
実施事業が対象とする地域 (下記のいずれかに○をつけてください。複数市町の場合はその市町を記入ください。)			
対象地域	県全域 ・ 複数市町域()		

⑨申請事業の対象者は、事業を誰のために実施するのかわを選択してください。
 なお、対象者が複数になる場合は、複数箇所に✓で選択してください。

⑨

申請事業の対象者（該当する全ての種類に✓を付けてください。）	
高齢	<input type="checkbox"/> 高齢者全般 <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 …… …… ……
障害	<input type="checkbox"/> 障害者全般 <input type="checkbox"/> 知的障害児者 …… …… ……
児童	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 青少年 …… …… ……
住民	<input type="checkbox"/> 災害等被災者 <input type="checkbox"/> 低所得者・要保護世帯 …… ……
	<input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 不登校児 …… …… ……

対象者の選択にあたっては、下記を参考にしてください。

・高齢者

ア 高齢者全般	健康な高齢者をはじめとした広い意味での高齢者
イ 要介護高齢者	要介護と認定された高齢者
ウ 要支援高齢者	要介護とは認定されていないが、社会的な支援を必要とする高齢者
エ 高齢者世帯	一人暮らし世帯又は夫婦二人暮らし世帯の高齢者
オ 介護者・家族	介護を行っている家族

・障害児者

ア 障害者全般	特定の障害分野に限定するのではなく、広く障害のある方々全般
イ 知的障害児者	知的障害者福祉法及び児童福祉法に規定されている方々
ウ 身体障害児者	身体障害者福祉法及び児童福祉法に規定されている方々
エ 精神障害者	精神障害者福祉法及び児童福祉法に規定されている方々
オ 心身障害児者	重複障害児者の方々
カ 介助者・家族	介助を行っている家族

・児童青少年

ア 乳幼児	小学校に入学する年齢に達していない子ども
イ 児童	小学生くらいの年齢の子ども
ウ 青少年	親などの保護を受けている成人前後の方々
エ 一人親家族	母親又は父親がいない家族
オ 養護児童	親などの保護が受けられない方々
カ 遺児・交通遺児	事故や病気など様々な要因で保護者を失った方々
キ 家族	児童・青少年をもつ家族全般

・住民

ア 災害等被災者	災害等の被害にあった方々
イ 低所得者・要保護世帯	生活保護法の規定による保護を受けている方々
ウ 長期療養者	施設・病院等で長期間にわたって療養されている方々
エ 在住外国人	長期・短期滞在に係わらず地域で生活している外国人
オ 更生保護関係者	更生保護に関係する方々
カ ホームレス	ホームレスの方々
キ 不登校児	不登校の児童やその家族
ク ひきこもりの人	自宅等にひきこもっている方々やその家族
ケ DV被害者	DV被害者の方々
コ その他	上記以外の対象者 具体的に明記してください。

⑩事業に取り組む背景や助成を必要とする理由などを地域の方々が共感できるよう丁寧に記入してください。

事業の背景や申請する理由 (事業に取り組む背景や助成を必要とする理由などをできるだけ)			
実施回数		総参加者数	
実施日(期間)		作成部数個数	
実施場所			

⑪実施回数は、年間の実施回数を記入してください。

実施日(期間)は、事業を実施する日(予定日)または期間(○月～△月)を記入してください。

総参加者数は、事業に参加する総参加者数を記入してください。

作成部数・個数は、事業で作成する物品がある場合に、その個数・部数を記入してください。

実施場所は、事業を実施する場所を記入してください。

(3) 事業の財源別内訳

⑫共同募金助成金は、申請金額と同額を記入してください。

⑬収入の部は、助成事業に係るすべての収入を記入してください。

⑭収入と支出の合計が同額となるように記入してください。

⑮支出の部の科目については、下記を参考にしてください。

6. 事業の財源別内訳			
収入の部(単位:円)		支出の部(単位:円)	
共同募金助成金			
合計		合計	

- ・謝礼 ・保険料 ・施設借上料 ・備品借上料 ・入場料 ・使用料 ・資料購入費
- ・材料購入費 ・企画費 ・調査費 ・研究費 ・広報費 ・資料作成費 ・設置費
- ・実費弁償 ・工賃 ・見舞金品 ・祝い金品 ・拠出金 ・研修費
- ・福祉車両 ・行事用備品費 ・事務備品費 ・生活品費 ・授産備品費
- ・訓練用備品費 ・介助備品費 ・趣味備品費 ・スポーツ備品費
- ・通信運搬費 ・消耗品費 ・宿泊費 ・燃料費 ・賃借料 ・旅費交通費

(4) 共同募金運動の理解

⑯募金運動への協力は、団体として協力できる内容すべてに○を付けてください。

4. 共同募金運動の理解	
募金運動への協力(協力できる内容に○を付けてください。)	
<input type="checkbox"/> 募金箱の設置	<input type="checkbox"/> 街頭募金の実施 …… …… …… ……

《問合せ先》 社会福祉法人石川県共同募金会事務局
〒920-8557 金沢市本多町3丁目1番10号 県社会福祉会館2階
TEL(076)208-5757 FAX(076)222-8900