

事務局長	次長	課長	Gリーダー	担当	扱者

収受印

- スタートアップ助成金
- 地域貢献活動助成金
- ステップアップ助成金

交付申請

社会福祉法人柏市社会福祉協議会会長 様

令和 ____年 ____月 ____日

団体名 _____

代表者氏名 _____

住 所 _____

電 話 _____

令和7年度におけるボランティア団体助成金交付について、次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

1 助成金申請額【(1)+(2)+(3)】

総 額
金 _____ 円 ※千円未満は切り捨て

内容

<p>1 ボランティア団体スタートアップ助成金申請額（上限額50,000円）</p> <p>金 _____ 円 ※千円未満は切り捨て</p> <p>(内訳) 運営費 小計(1) _____ 円 × 90% = _____ 円</p>
<p>2 ボランティア団体地域貢献活動助成金申請額（上限額50,000円）</p> <p>金 _____ 円 ※千円未満は切り捨て</p> <p>(内訳) 活動費 小計(2) _____ 円 × 90% = _____ 円</p>
<p>3 ボランティア団体ステップアップ助成金申請額（上限額200,000円）</p> <p>金 _____ 円 ※千円未満は切り捨て</p> <p>(内訳) ステップアップ 小計(3) _____ 円 × 90% = _____ 円</p>

2 添付書類

- (1) 活動計画書【第2号様式】
- (2) 予算書【第3号様式】
- (3) 請求書【第4号様式】
- (4) 通帳の写し（助成金振込み先の通帳）
- (5) 規約・会則等および役員等の構成員の名簿（最新のもの）

※お預かりした個人情報は、当該事業の目的以外に利用することはありません

1 会議・練習会等(4月～3月)

月	会議・練習内容	場所	会議・練習等回数	会 員 参加予定 人 数	会員以外 参加予定 人 数
4 月			回	人	人
5 月			回	人	人
6 月			回	人	人
7 月			回	人	人
8 月			回	人	人
9 月			回	人	人
10 月			回	人	人
11 月			回	人	人
12 月			回	人	人
1 月			回	人	人
2 月			回	人	人
3 月			回	人	人
合計			回	人	人

2 活動(4月~3月)

月	活動内容	場所	活動回数	会 員 参加予定 人 数	会員以外 参加予定 人 数
4 月			回	人	人
5 月			回	人	人
6 月			回	人	人
7 月			回	人	人
8 月			回	人	人
9 月			回	人	人
10 月			回	人	人
11 月			回	人	人
12 月			回	人	人
1 月			回	人	人
2 月			回	人	人
3 月			回	人	人
合計			回	人	人

第2-3号様式
(ステップアップ助成を申請する場合のみ提出)

ボランティア団体活動助成
団体名:

(1) ステップアップをする項目

いずれかに ○	項 目
	先駆的な活動を展開するための経費
	活動をステップアップ(資質時向上、活性化)するための経費
	活動をステップアップするための備品購入の経費

(2) 申請理由

--

(3) 助成を受けることで想定される効果や成果

--

令和7年度予算書

1 収入の部

単位：円

項目	当初予算(A)	前年度予算(B)	差異(A-B)	説明
市社協助成(1)				ボランティア団体スタートアップ助成
市社協助成(2)				ボランティア団体地域貢献活動助成
市社協助成(3)				ボランティア団体ステップアップ助成
会費				
寄付金				
事業収入				
雑収入				
前年度繰越金				
収入合計				

2 支出の部

単位：円

項目	当初予算(A)	前年度予算(B)	差異(A-B)	説明
運営費				
	小計(1)			
活動費				
	小計(2)			
ステップアップ				
	小計(3)			
対象外経費	予備費			
	小計(4)			
支出合計(1)+(2)+(3)+(4)				

請求書

内 容		令和7年度ボランティア団体活動助成金	
金 額		金 円	
振 込 先	銀 行 名	銀行 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	区 分	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義	※通帳に記載されている名義通りにご記入ください。個人通帳は不可です	
	住 所		
	電話番号		
検収年月日 (社協記入欄)		令和 年 月 日	検収印

令和 年 月 日	
上記の通り請求します。	
社会福祉法人 柏市社会福祉協議会 会長 様	
団 体 名	_____
代表者氏名	_____

※ 口座名義(フリガナ)は、正確に記入してください。
※ 通帳(表紙)の写しを添付してください。