

公益信託小澤社会福祉基金
 受託者 株式会社 リそな銀行 御中

| | | | |
|-----|-------------|----------|--------|
| 受付日 | 西暦 年 月 日 | 受付 番号 | 201904 |
|-----|-------------|----------|--------|

公益信託 小澤社会福祉基金 助成金給付申請書

掲題公益信託から助成金の給付を受けたく、以下のとおり申請します。なお、私どもは、明示された「公益信託 関連業務における個人情報の利用について」で受託者における個人情報の取扱を確認し、提出書類に記載の 個人情報が運営委員会での審査等助成事業の遂行に際して関係者・主務官庁へ提供されることに同意いたします。

(申請日)西暦 年 月 日

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------|-------|
| フリガナ | | | 設立年月日 |
| 団体名 | Ⓜ | 西暦・M・T・S・H 年 月 日 | |
| 団体住所 | 〒 電話番号() | | — |
| フリガナ | | | 生年月日 |
| 代表者名 | Ⓜ | 西暦・M・T・S・H 年 月 日 | |
| 代表者住所 | 〒 電話番号() | | — |
| 構成員(人数) | | | |
| 人 | | | |
| 活動内容・実績 | | | |
| | | | |
| 団体活動の年間予算額 | | | |
| 円 | | | |
| 申請金額 | ※選考の結果、申請金額に対して満額の給付とならない場合、減額での給付を希望されますか。 <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません (いずれかにチェックをお願いします) | | |
| 円 | | | |
| 申請事由 | | | |
| | | | |
| 予算計画(できるだけ詳細にご記入ください) | | | |
| | | | |
| 助成金が支給されることになった時の助成金受取口座 | | | |
| フリガナ | | | 支店 |
| | 銀行・農協 信用金庫 | | |
| 口座種別 | 普通預金 ・ その他() | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |