**福祉学習会助成金申請書**

令和　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 学校名：  校長名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 担当教諭名 | |  |
| 電　話 |  | FAX | |  |
| 住　所 | 〒　　 　　－ | | | |
| 学習内容 | （取り組み内容、ねらい、対象学年、人数、期日、場所等を記入ください） | | | |
| 助成額 | （希望額）　　　　　　　　　　　　　　　円 | | 予定内訳（内容、金額） | |

1. 申請及び報告は、市社会福祉協議会代表メールに、送信してください。

PDFデータ（カラー）を送信してください。（代表メール: [info@echizen-shakyo.or.jp](mailto:info@echizen-shakyo.or.jp)）

1. 活動にともなう個々の領収書等は、学校側で５年間保管してください。

令和　　年　　月　　日受付

上記のとおり申請がありましたので、助成することとしてよろしいか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 合議 | 担当 |
|  |  |  |