



共同募金運動80周年記念 特別助成事業

八十周年

ありがとう。これからも一緒に。

これからの地域福祉活動のモデルとなるような先駆的・発展的な事業を助成します

- 制度では解決できない課題を抱える人々への支援
- 自治会や町内会等と連携協働した福祉活動
- 困難な状況にある若者への支援など

助成金 100万円以内

対象 福祉団体（法人格を問わない）

備品 75%を助成

助成 じぶんの町を良くする事業

締切り 5月29日まで

実施 決定から来年3月末までに実施

【お問合せ】 福井県共同募金会 TEL:0776-22-1657

WEB:akaihane-fukui.jp



共同募金運動 80 周年記念特別助成事業 実施要項

社会福祉法人 福井県共同募金会

1 目的

近年、少子高齢化や人口減少により地域のつながりが希薄化し、福祉課題が複雑・深刻化するなか、地域住民一人ひとりが主体となり、新たな発想や技術を活用した取り組みを通じて、従来の枠組みにとらわれない新しい形のコミュニティづくりが求められています。

共同募金運動 80 周年を迎え、本会では、新たな地域課題に対応する活動を支援し、誰もが安心して暮らせる地域社会の実現を目指すとともに、これからの地域福祉活動のモデルとなるような先駆的・発展的な事業を創出することを目的とします。

2 助成内容

(1) 助成額 1 団体につき上限 100 万円（備品購入については 75% を助成）

(2) 助成対象 地域や社会を良くするための事業を行う福祉団体（法人格の有無を問わない）

(3) 対象事業 先駆的・開拓的な福祉事業

【対象となる事業の例】

- ・制度の谷間にいる人々や、制度だけでは解決が難しい複合的な課題を抱える人々に対し、必要な支援や居場所づくりを行う事業
- ・自治会や町内会等と連携協働して地域の福祉課題を福祉団体と一緒に解決するプラットフォームを開発・運営する事業
- ・同じような困難や経験を持つ当事者同士が、互いに支え合い、情報交換やエンパワメントを行う自主的なグループやネットワーク
- ・制度に繋がりにくい困難な状況にある若者に対し、相談や情報提供、居場所づくりを行う活動
- ・使われなくなった空き家を、地域のニーズに合わせて改修し、多世代交流の場や子どもの遊び場、地域活動の拠点などとして再生させる取り組み
- ・犯罪を犯した人や依存症から回復を目指す人に対し、地域社会での自立に向けた相談、就労支援、居場所づくりなどを、専門家や経験者も交えて行う支援

(4) 助成対象外事業等

以下のような事業や経費、団体は対象にはなりません

- ・活動の対価として報酬を受けたり営利の為に行う事業
- ・他の補助金との重複や公的補助の対象になる事業
- ・政治、宗教、組合の運動の手段として行う事業
- ・ボランティア活動保険料
- ・ボランティアの件数費・謝金
- ・本会の求める書類が提出できない団体
- ・反社会的勢力および反社会的勢力と関わりがある法人、団体

(5) 事業期間 助成決定日から令和 9 年 3 月 31 日までに完了する事業

(6) 申請書の締切 令和 8 年 5 月 29 日（金）まで助成申請の募集は公募で行います。詳しくは本会のホームページでお知らせします。

申請書は、締切までに所定の様式で本会の窓口まで提出してください。

申請書や要項は本会ホームページからダウンロードできます。

(7) 申請書の添付書類

助成申請書 会則・役員名簿 事業計画書・予算書 □ 事業報告書・決算書 ※添付できない書類がある場合は事務局までご相談ください

(8) 助成決定までの手順

助成決定は令和 8 年 8 月に通知します。（助成決定団体は出席をお願いします）助成金は精算払いになります。

3 連絡先（お問い合わせ先）

社会福祉法人 福井県共同募金会

〒910-0026 福井市光陽 2 丁目 3-22

福井県社会福祉センター内

TEL : 0776-22-1657

FAX : 0776-22-3093

HP : <http://akaihane-fukui.jp/>

E-mail: akaihane@mx2.fctv.ne.jp



申請事業計画書

■申請事業の概要（申請金額は万円単位）

団体名		(施設名)
事業名		<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 継続事業（助成履歴なし） <input type="checkbox"/> 継続事業（助成連続 年目）
申請金額	万円	※助成額（案） 万円

■事業内容

【何を、どんな状態にしたい】			
【そのために達成すべきこと】			
【具体的事業内容】			
主な対象者		事業分類	
実施予定日		開催場所	
件数・回数		のべ人数	

■経費の内訳

項目	積算内訳（なるべく詳細に記入 例：単位×数量）	金額（円）
		円
		円
		円
		円
		円
		円
合計		

■資金の内訳

項目	内 訳	金額（円）
共同募金助成金		0,000円
自己財源		円
利用者負担		円
その他の収入		円
合計		

団体概要書

■ 団体情報

団体名 ※法人の場合は、法人格を記入	(ふりがな)		
代表者	役職	氏名 (ふりがな)	
団体住所 ※個人宅の場合は、様方も記入	〒 _____		
	TEL :	URL :	
	FAX :	E-mail :	
	今後、共同募金の助成等の情報を E-mail で希望しますか？ (希望する・希望しない)		
事務担当者	職	氏名	TEL : 携帯 : E-mail :
団体の種類			
<input type="checkbox"/> 高齢者施設・団体 <input type="checkbox"/> 身体障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 心身障害児者施設・団体 <input type="checkbox"/> 精神障害施設・団体 <input type="checkbox"/> 児童青年施設・団体 <input type="checkbox"/> 一人親家族施設・団体 <input type="checkbox"/> 更生保護施設・団体 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護施設・団体 <input type="checkbox"/> NPO 法人・団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 福祉事業者団体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 当事者・家族の会 <input type="checkbox"/> 保健・医療関係			
団体の目的 (～を行う団体と簡潔に記入)			
設立年月日	年	月	日
定例会/年	回/年		
	会員数		名
	職員・スタッフ数		名

■ 施設情報 (関係する場合のみ記入)

施設名			
業種	介護保険・自立支援給付の指定事業者に (該当 ・ 非該当)		
施設所有者		施設所在地	
施設定員	名	現員 (申請時)	名

■ 過去の助成状況 (5 年間分) ※共同募金や他の財団等の助成金も含めて記入

助成年度	助成団体	事業名	金額 (千円)

■ 共同募金運動の参加状況

昨年、共同募金に参加しましたか？ (該当するものにすべてチェックください)			
広報協力	<input type="checkbox"/> ポスターを貼った	<input type="checkbox"/> チラシを配った	<input type="checkbox"/> 会報・WEB サイトに掲載した
	<input type="checkbox"/> 赤い羽根の着装を依頼した	<input type="checkbox"/> その他 PR ()	
イベント	<input type="checkbox"/> 赤い羽根の集いに参加	<input type="checkbox"/> 募金開始式に参加	<input type="checkbox"/> ありがとう運動に協力した
	<input type="checkbox"/> 各種講座に参加	<input type="checkbox"/> その他 ()	
募金協力	<input type="checkbox"/> 募金箱を設置した	<input type="checkbox"/> 会員・職員に募金箱を回した	<input type="checkbox"/> 街頭募金で呼びかけた
	<input type="checkbox"/> 赤い羽根クラファンを実施した	<input type="checkbox"/> その他 ()	