

受付No.	D2025-	G.S
-------	--------	-----

公益財団法人 明治安田クオリティオブライフ文化財団 行

下記の活動に対して、令和7年度「地域の伝統文化保存維持費用助成」を受けたく申し込みます。

I. 申込者

(注) 黒インクまたは黒ボールペンで記入してください

団 体 の 場 合	フリガナ							
	団体名							
	通 信 先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印		〒 ー (都道府県名ならびに方書きもご記入願います)				
		<input type="checkbox"/>	団体所在地	都・道 府・県				
		<input type="checkbox"/>	代表者住所	Tel. () Fax. ()				
	<input type="checkbox"/>	その他 (団体との関係) ()	(日中の連絡が可能な電話番号をご記入願います) Eメール: <平成元年以降に合併した場合の旧市町村名: >					
	団体設立年月	(和暦)	年	月	頃	*不明の場合は右欄に丸印願います。(不明)		
	団体構成員数	人 (または		戸)	*いずれか一つをご記入ください。			
	代 表 者	フリガナ	団体での役職					
		氏 名	年 齢		歳			
生年月日			大・昭・平	年	月	日		
住 所	〒 ー 都・道 府・県		Tel. () Fax. () Eメール:					
担 当 者	フリガナ	団体での役職						
	氏 名	年 齢		歳				
		生年月日	大・昭・平	年	月	日		
住 所	〒 ー 都・道 府・県		Tel. () Fax. () Eメール:					
個 人 の 場 合	フリガナ	年 齢		歳	性別	男・女		
	氏 名	印		生年月日	大・昭・平	年 月 日		
		〒 ー (都道府県名ならびに方書きもご記入願います)		Tel. () Fax. () Eメール: <平成元年以降に合併した場合の旧市町村名: >				
	住 所	〒 ー 都・道 府・県		Tel. () Fax. () Eメール:				
		〒 ー 都・道 府・県		Tel. () Fax. ()				
主 な 共 同 活 動 者 ま た は 団 体 等	フリガナ							
	住 所	〒 ー 都・道 府・県		Tel. () Fax. ()				
活動の名称と その内容								

Ⅲ. 活動のための収支計画など

受付№. D2025-

経常費用の収支計画	令和7年度 収支計画 [収支計画は、 助成金がある場合の計画内容 を記載願います (記入例を参照)]			
	支 出 の 部		収 入 の 部	
	項 目 (例: 会場費、道具整備費、材料費など)	金 額 (千円)	項 目 (例: 会費、入場料、他の補助収入など)	金 額 (千円)
支 出 合 計		収 入 合 計		

助成金の使途計画	1. 直近の収支決算書 (写) [⇒必ず添付願います] 2. 今回の助成希望金額 _____ 万円 3. 助成金の使途内容 [項目別に具体的な内容・金額を記述してください]	
	参考資料	①見積書(写) 添付(あり;なし) ②直近の収支予算書(写) 添付(あり;なし)

情報入手先・他の支援等	1. この財団の助成をどこで知りましたか? [該当個所を○で囲んでください] ・市町村教育委員会 ・市町村 ・都道府県教育委員会 ・博物館 ・新聞、雑誌 ・知人 ・インターネット ・財団ホームページ ・その他 (_____ ex. SNS 等)
	2. 過去5年以内に、当財団ならびに他の財団等から10万円以上の助成を受けましたか? (1) ・受けない ・受けた (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 財団から _____ 万円) (2) [受けた場合は、何のための助成か具体的に記入ください] _____

その他参考となる事項	・写真枚数 _____ 枚 (行事当日の様子・練習風景等活動状況と申込に関わる道具・衣装の現在の状態が判るものを数枚)
	・インターネット上でホームページの公開の有無 有 ・ 無 (いずれかに○印)

