



いのちをつなぐ支援活動を応援！～支える人を支えよう～ 赤い羽根 新型コロナウイルス感染症対策支援活動助成事業 実施要項

社会福祉法人青森県共同募金会
令和2年4月10日制定 施行
5月8日変更 施行
7月1日変更 施行
10月1日変更 施行
令和3年1月1日変更 施行
4月1日変更 施行
7月1日変更 施行

1 趣旨

新型コロナウイルスの影響が長期化する中、経済状況の悪化等により、様々な生活課題が顕在化してきています。

青森県共同募金会では、令和2年度に続いて中央共同募金会が実施する「赤い羽根 新型コロナ感染下の福祉活動応援全国キャンペーン『いのちをつなぐ支援活動を応援！～支える人を支えよう～』」に呼応して、『赤い羽根 新型コロナウイルス感染症対策支援活動助成事業』を実施します。

2 実施主体

社会福祉法人青森県共同募金会

3 協力(予定)

社会福祉法人青森県社会福祉協議会
青森県民生委員児童委員協議会
青森しあわせネットワーク

4 助成対象団体等

- (1) 「いのちの問題」に直結する生活課題に重点をおいた支援活動を現在展開している非営利団体(法人格の有無は問いません。)
- (2) こども食堂、学習支援等、地域において子どもや保護者に対する支援活動を現在展開している非営利団体(法人格の有無は問いません。)
- (3) 地域において高齢者・障がい者に対する見守り活動や生活困窮者への援助等、地域における支援活動を現在展開している非営利団体(法人格の有無は問いません。)

5 助成対象事業

- (1) 新型コロナウイルスの影響下(感染が懸念される状況下)において実施する、「いのちの問題」に直結する生活課題に重点をおいた支援活動
- (2) 新型コロナウイルスの影響下(感染が懸念される状況下)において実施する、子どもと家族に対する支援活動。
- (3) 新型コロナウイルスの影響下(感染が懸念される状況下)において実施する、高齢者、障がい者及び生活困窮者に対する支援活動。
- (4) 原則として、団体が行っている通常活動の範囲内での活動は対象外とします。新型コロナウイルスの影響下(感染が懸念される状況下)において実施する活動で、経費の必要性が応募書から読み取れることを助成要件とします。

6 対象経費

新型コロナウイルス感染症対策に係る支援活動を実施するために必要となる以下の経費を対象とします。

・物品、食材等購入費、交通費、ガソリン代、会場費等

※人件費、団体の通常活動に係る経費、公的資金及び他の助成金が充てられる費用は対象外です。

※助成事業の他団体への委託に要する費用は対象外です。

7 助成額

- (1) 1 団体あたりの助成上限額は 10 万円とします。
- (2) 県域を対象に実施する事業については、助成上限額を 30 万円とします。

8 応募方法および助成決定等

- (1) 別紙応募書に必要事項を記入の上、下記応募・問い合わせメールアドレスへ送信してください。
(メールのみで受け付けます。受付後 2 営業日以内に本会より確認メールをお送りします。)
- (2) 助成決定は、本会ホームページで公表のうえ、応募団体あてに通知を発送します。
- (3) 助成金は概算払いとします。事業実施後に清算を行い、助成決定団体には、活動終了後 1 か月以内に活動・精算報告書および領収書のコピーを提出いただきます。報告書様式は助成決定時にお示しします。
- (4) 活動実態が確認できなかった場合は、助成決定を取り消し、助成金を返還いただく場合があります。

9 スケジュール(予定)

応募開始	<u>令和 3 年 7 月 1 日(木)</u>		
応募締切	<u>第 4 回</u>	<u>第 5 回</u>	<u>第 6 回</u>
	<u>7 月 30 日(金)</u>	<u>8 月 31 日(火)</u>	<u>9 月 30 日(木)</u>
助成決定 (本会HP公表)	<u>8 月 10 日(火)</u>	<u>9 月 8 日(水)</u>	<u>10 月 8 日(金)</u>
決定団体への 助成金送金	<u>8 月 17 日(火)</u>	<u>9 月 15 日(水)</u>	<u>10 月 15 日(金)</u>

【応募・問い合わせ先】

社会福祉法人青森県共同募金会

〒030-0822 青森県青森市中央 3 丁目 20-30 県民福祉プラザ 4 階

TEL:017-722-2169 FAX017-722-2160

E-mail aomorikyoubou@ace.ocn.ne.jp

いのちをつなぐ支援活動を応援！～支える人を支えよう～
赤い羽根 新型コロナウイルス感染症対策支援活動助成事業 応募書
(青森県共同募金会)

1. 団体概要

提出：令和3年 月 日

団体名	ふりがな		
代表者名	役職名	氏名（ふりがな）	
連絡先住所等	〒 —	TEL:	
		FAX:	
		E-mail:	
担当者名	役職名	氏名（ふりがな）	
法人格の有無 (いずれかに○)	1.あり () 法人	2.なし	
設立時期 (西暦表記)	年 月 (法人格がある場合、取得年月)		
現在実施中の活動内容	あてはまるもの全てにチェック <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> こども食堂・地域食堂 <input type="checkbox"/> 学習支援 <input type="checkbox"/> 学童保育・子どもの居場所 <input type="checkbox"/> 高齢者・障がい者見守り活動等 <input type="checkbox"/> その他 ※団体の活動内容がわかる資料を添付		●活動頻度(例：毎週水曜日、月1回 等) _____ ●参加しているボランティア数(概数) _____人 ●1回あたりの利用者数(概数) _____人

2. 応募概要

活動名称	※事業名を簡潔にご記入ください。例「〇〇こども食堂に通ってくるひとり親家庭の子どもたちのための配食事業」など		
活動内容	※申請事業の内容(対象者の概要、活動拠点などを含む)を具体的に記入してください。 ※添付資料や写真があれば添付してください。		
助成応募額	_____万円	【助成金の使途】 *事業実施のための経費及び使途を記入してください。	使 途
活動期間・日数	活動期間 月 日 ~ 月 日の うち活動日数 _____日を予定	想定される支援対象者数	_____人
連携している機関・団体	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会→社協名： _____社協 連絡先電話番号： _____担当者名 _____ <input type="checkbox"/> その他 ()		
*連携先に活動実態を確認させていただく場合があります			