**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） |
| 団体の通常活動の内容※団体の活動内容がわかる資料を添付 | あてはまるもの全てにチェック□相談支援□こども食堂・地域食堂□学習支援□学童保育・子どもの居場所□高齢者・障がい者見守り活動等□その他 | ●活動頻度(例：毎週水曜日、月1回　等)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　●参加しているﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ数（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「○○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　日うち活動日数　　　　 　日間を予定 | 想定される支援対象者数 | 　　　　人 |
| 連携している機関・団体 | □社会福祉協議会→社協名：　　　　　　　　　　社協　　連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　□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 |