2018年度　平昭七記念財団　介護施設向け助成申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 法人名 | (ふりがな) | | |
|  | | |
| 代表者氏名 | (ふりがな) | | |
| ㊞ | | |
| 住所  ※書類等の送付先 | (ふりがな) | | |
| 〒 | | |
| 申請者記入者  ※申請書に確認があった場合などの問合せ先 | (ふりがな) | Tel |  |
|  | E-mail |  |
| Fax |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成希望額  ※原則上限  1,000万円 | 万円 | ※助成額は申請された内容、規模等を審査して決定いたしますので、申請金額と異なる場合があります。 |
| 助成希望財産の  具体的内容 （要添付資料） |  | |
| 助成希望の  具体的目的・理由 |  | |
| 期待する効果・成果 |  | |

資料添付用紙（当該用紙に関わらず、添付資料の提出は可能です。A4用紙またはA3用紙サイズでの提出をお願いします。）