

地域配分（B配分）申請書（平成 29 年度申請・30 年度使用）

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中 (発番号) 平成 29 年 月 日 号

当団体が行う事業に対し、申請書 2 を添付のうえ申請します。

配分申請事業名

①配分申請金額 0,000円 (配分申請金額は、②申請事業費の 75%以内で、万円未満切捨て)
 ②申請事業費 円 (申請事業費は、①配分申請金額と ◇施設・団体負担額の合算額)

申請団体 法人名 / 団体名	フリガナ	法人 格の 有無	あり () なし			
代表者 職・氏名・印	フリガナ	法人認可(認証)年月日				
法人/団体所在地	〒 Tel. : Fax.					
申請施設 施設名 / 事業種別	フリガナ	施設認可年月日				
代表者 職・氏名・印	フリガナ	事業開始年月日				
施設所在地	〒 Tel. : Fax.					
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等						
☆参考：過去3年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。						
利用者 対象者	定員 名	主な対象者	職員 数	事務	直接処遇	その他
	実人員 名			常勤 名	非常勤 名	名
連絡 先	担当者 職・氏名	Tel.				
	e-mail	Fax.				

