

平成 30 年度

公益信託中西茂雄高齢者福祉基金助成金

応 募 要 項

1. 助成金の目的

この基金は、神奈川県内において行われる高齢者への福祉活動、介護者の負担軽減を図る活動、高齢者の生きがいを高める活動に対して助成を行い、それぞれの活動を通して高齢者の福祉の向上につながることを目的としています。

2. 助成対象

つぎの活動を行う非営利団体等（ボランティアグループ・当事者団体・住民参加型在宅福祉サービス活動団体・NPO 法人等）や個人で、活動拠点を県内に有する団体・個人（県内に事務所がある又は県内で活動を行っている団体・個人）を対象とします。

- (1) 介護等の援護を必要とする在宅高齢者への支援活動
- (2) 介護者の日常生活上の負担軽減等を図るための活動
- (3) 高齢者の福祉の増進を図るため、先駆的、開拓的な活動
- (4) 高齢者の健康増進、教育・文化等の生きがいを高めるための活動

3. 助成金額と対象事業の時期

- (1) 1 団体（人）の助成は 50 万円を上限とします。
※原則、3～5 団体（人）程度の助成
- (2) 対象事業は平成 30 年度事業とします。
- (3) 申請先が複数団体の場合、助成額が申請額を下回る可能性が有ります。

4. 応募方法

- (1) 申請書に必要事項を記入いただき、下記書類を添付の上、運営委員会事務局へ募集締切日までにお送り下さい。

*申請書は、社会福祉法人横浜市社会福祉協議会・社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会・社会福祉法人神奈川県共同募金会のホームページからダウンロード出来ます。

- ① 会則及び役員名簿
- ② 平成 29 年度事業報告書・決算書及び平成 30 年度事業計画書・予算書
- ③ 平成 30 年度の助成対象事業の概要がわかる資料

5. 応募締切

平成 30 年 6 月 1 日（金曜日）

6. 選考

助成の目的にそって運営委員会で選考のうえ、決定します。また審査にあたっては次の点を満たすものを優先します。

- (1) 申請者の自主・自立性が高いか
- (2) 先駆的、開拓的で、事業の根拠が明確になっているか
- (3) 申請事業は、目的どおり計画的に実施される可能性が高いか
- (4) 申請事業の展開から、理解・協力者の拡大が期待されるか
- (5) 他の手段による資金確保が難しいもの

7. 選考結果

選考結果は文書により申請者に通知いたします。

ご提出いただきました書類については、審査後ご返却いたします。

8. 助成金交付

平成 30 年 8～9 月（予定）

9. 報告書の提出

助成を受けた団体等は、助成事業終了後 2 ヶ月以内に指定の助成金使途報告書を、運営委員会事務局へ提出してください。

10. 助成金対象事業について

助成金を活用した事業（チラシ・ポスターの配布・会場の利用・パンフレットの作成等）については、当基金から助成金を得ている旨を差し支えない範囲で明記してください。（任意）

11. 過去の助成事業（参考例）

内容（団体名）	助成額 （千円）
① 高齢者や障害者向けの介助外出支援のワーカー募集および利用者募集費用 （福祉クラブ生活共同組合 A）	150
② 高齢者の生活向上寄与を目的とした音楽祭・イベントの定例開催費用 （NPO 法人 B）	200
③ ひとり暮らし高齢者が、手軽に栄養のある食事が取れるよう、料理本の作成 （C 市任意団体 D）	400

12. お問い合わせ・書類送付先

〒220-0004

神奈川県横浜市西区北幸 1-6-1

みずほ信託銀行株式会社 横浜支店

公益信託中西茂雄高齢者福祉基金運営委員会 事務局

大橋 聡美 宛

電話：045-311-4889

平成 30 年度

公益信託中西茂雄高齢者福祉基金助成金交付申請書

平成 30 年 月 日

団体名 _____

代表者名 _____ ⑩

住 所 〒 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

担当者名 _____

事業名

	設立年月日	年 月 日	会員数	有 給 職員数
	団体 (個人) 概況	(活動の目的、活動内容、過去の実績等)		
助成事業の内容・スケジュール	※関連資料がありましたら、添付してください。			

<p>助成歴</p> <p>* あり、なしのいずれかをチェックし、必要事項を記入してください</p>	<p>1. 過去に「公益信託中西茂雄高齢者福祉基金」から助成を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>2. この3年（平成27、28、29年度）の間に、その他、助成金を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>↓</p> <p>「あり」の場合、①助成年度、②助成名称、③助成事業名、④助成額についてお書きください。（例：① 平成26年度 ② 地域福祉（ともしび）推進助成金 ③ 公開講座開催事業 ④ 200,000円）</p>
<p>助成事業の実施体制</p>	
<p>助成によって見込まれる効果</p>	

助成を希望する用途内容に対する収入支出予算 ※内訳については詳細にご記入ください

収入内訳		支出内訳	
本助成金申請額	円		円
その他の収入	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
※繰越金等は出来る限り詳細にご記入ください		※使用用途について出来る限り詳細にご記入ください	
合計	円	合計	円

助成対象事業に対する支出予算内訳：本助成金申請額 円

	円
	円
	円
	円
	円
	円

添付資料

- ② 会則及び役員名簿
- ② 平成 29 年度事業報告書・決算書及び平成 30 年度事業計画書・予算書
- ③ 平成 30 度の助成対象事業の概要がわかる資料

書類送付先：
〒220-8660
横浜市西区北幸1-6-1
みずほ信託銀行株式会社 横浜支店
公益信託中西茂雄高齢者福祉基金 事務局
大橋 聡美 宛
電話：045-311-4889