

公益財団法人 大同生命厚生事業団
理事長 殿

受付番号	シ	受付日	
------	---	-----	--

貴財団の実施要領記載事項を確認し同意したうえで、申しいたします。

「シニアボランティア活動助成」申込書

該当する番号を○で囲んでください。

活動内容	1 高齢者福祉に関するボランティア活動
	2 障がい者福祉に関するボランティア活動
	3 こども（高校生まで）の健全な心を育てる交流ボランティア活動

*助成金送金先口座と同一名義にて申込ください

グループ名	グループ人数			名(名簿に記載)
グループ所在地 (郵便物送付先)	〒	都 道		
		府 県		
	TEL			
ふりがな			捺印	年齢
グループ代表者氏名			Ⓔ	満 歳
グループ代表者住所	〒	都 道	上記と同じ場合は記入不要	
		府 県		
	TEL	必ず日中連絡が取れる電話番号を記入ください		
	Email			
勤務先名			所属部署	
勤務先TEL			勤務先Email	
事務(会計)担当者氏名			TEL	
			Email	
グループのボランティア活動				
グループのボランティア活動年数	年	【2026年4月1日現在】		
グループの現在までの主な活動歴(箇条書き)				
グループの概要(どのような仲間のグループか等)				

「活動概要」

※ 記入上の留意事項

- ① 「活動の動機」、「活動計画（活動の内容・実施時期等）」、「活動対象地域・活動場所」等の順に助成金の使途との関係がわかるように記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。
手書きの場合は、楷書体とすること。

ボランティア活動

シニアボランティア・グループ名簿

グループ名

①グループ人数(人)	②うち満60歳以上(人)	②/① (%)

応募資格: グループの80%以上が満60歳以上であること
満60歳以上のメンバーは、氏名の横に○印記入ください

No	氏名	満60歳以上	No	氏名	満60歳以上
1(代表者)			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		