

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	
------	---	-----	--

**「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

グループ名	グループ人数			名(名簿に記載)
グループ所在地	〒 都 道 府 県			
	TEL		FAX	
ふりがな				年 齢
グループ代表者氏名	印			
連絡先住所等	〒 都 道 府 県			
	TEL		FAX	
	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歴	年 (2021年4月1日現在)			
現在までのグループの主な活動歴 (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)				

活動テーマ（簡略に**30字以内**にまとめてください。）（注）

活動目的（**200字以内**にまとめてください。）（注）

助成金申請（目的、計画等が明確な日本国内での**無償の活動**が対象）

- ・グループの事務所家賃、事務用パソコンの購入費用、ボランティアメンバーの飲食費および日当・謝礼等  
直接ボランティア活動に要しない費用は助成対象外。

使途内容	金額
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
計	円
助成申請金額(万円単位)	万円

当財団から受けた助成金 (ありの場合は右記に記入)	年度	活動テーマ	助成金額 (万円)
他への助成申込 (ありの場合は右記に記入)	助成財団名		

当財団の助成金をどこでお知りになりましたか？  
1. 社会福祉協議会 2. 新聞 ( ) 3. 当財団HP 4. その他( )

(注) 「活動テーマ」「活動目的」は新聞社等マスコミへの公表対象になります。(字数制限は厳守)

- ・「申込書(2枚)」「活動概要」「シニアボランティア・グループ名簿」の計4枚を郵送ください。
- ・申込書は、ホッチキスで留めずに提出ください。
- ・必ず控えを作成しておいてください。

グループ名

## 「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歳以上のメンバーの氏名横に○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		