（様式1-５／区域連絡会活動費）

「都筑区社会福祉協議会 善意銀行配分金」申請書

社会福祉法人　横浜市都筑区社会福祉協議会　様

令和　　年　　月　　日

団　体　名				
代表者名（ふりがな）				
連絡者氏名（ふりがな）	※代表者と連絡者が同じ場合は「同上」とお書きください。			
連絡者住所	〒 横浜市			
	TEL		FAX	

下記のとおり助成を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

配分金申請額	円
加盟団体数	**団体**　＊別添名簿の通り
目　　的	
内　　容	
見込まれる効果	

＊ご記入いただいた個人情報は、善意銀行配分金事業等助成に関する連絡等に使用するものであり、目的以外に個人情報を使用したり、第三者に提供することはございません。

加盟団体名簿

団体名	

	団体名	代表者名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

＊記入欄が足りない場合は適宜追加してください。
もしくは、任意の用紙に同内容を記載してください。