様式第１号

　 年　 月　 日

　公益社団法人 日本理学療法士協会

　　会 長 斉藤　秀之 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　役職・氏名

印

**助成交付申請書**

下記のとおり2026年度助成金の交付を受けたく申請します。

記

　１　助成事業の名称

　２　要望額　　　　　　　　　　　　　　　　 　円

　３　要望事業区分（下記の中から該当する番号に○をつけてください）

（１）障がい者（児）とその家族が主体となる活動

（２）障がい者（児）とその家族の社会参加等を促進、支援する活動

４　添付書類

⑴　団体概況書（様式第1号　付表１　申請時ご提出ください）

　　⑵　事業計画書（様式第1号　付表2　申請時ご提出ください）

　　⑶　その他参考資料（※⑴⑵に添付資料がある場合は、併せてご提出ください）

以上

様式第1号　付表1

**団体概況書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | | | 設立年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 代表者  役職・氏名 |  | | | | 担当者  役職・氏名 | | |  | | |
| 代表者及び  担当者の  住所・電話番号 | 〒  電　話：  ＦＡＸ：  Ｅ-mail：  ※必ず連絡可能なものをご記入ください。 | | | | 〒  電　話：  ＦＡＸ：  Ｅ-mail：  ※必ず連絡可能なものをご記入ください。 | | | | | |
| 会員数 | | 人 | | | 役員数 | | 人 | | | |
| 会員数のうち障がい者本人及びご家族の数 | | 人 | | | 役員のうち障がい者本人及びご家族の数 | | 人 | | | |
| 団体設立  目　的 | 目的 | | | | | | | | | |
| 主な活動  内容 |  | | | | | | | | | |
| 前年度  収支決算 | 収入（千円） | | | 支出（千円） | | | | | 残高・繰越金（千円） | |
| 過去の助成実績  ※本会・他団体を含む3年以内すべての助成実績についてもご記入ください。 | 年度 | | 事業名 | | | 助成額（円） | | | | 備　考 |
|  | |  | | |  | | | |  |
| その他  特記事項 |  | | | | | | | | | |
| 取材対応 | 本会が有する広報媒体（会報誌「JPTA NEWS」、リガクラボ（https://rigakulab.jp/）、本会ホームページなど）へ掲載するための取材について、可能な範囲で協力するものとする。 | | | | | | | | | 承諾する □ |

（注）１箇条書き等で簡潔に記載してください。

　 ２この用紙で足りない場合は、別途資料を添付してください。様式第1号　付表２

**事業計画書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 |  | | | | |
| 実施期間 | 年　　月  ～　　　年　　月 | | | * 新規 * 継続   ※1現在本助成を受けている団体は、継続にチェックを入れ、【継続して助成を希望する理由】にご記入ください。 | |
| 実施場所 | * 全　国   □＿＿＿＿都 道 府 県 | | 参加  対象者 | * 障がい者　 □　障がい者の家族 * 一般　　　□　医療専門職 * 行政　 □　その他（　　　　） | |
| 事業概要 | この事業は、 | | | | |
|  | * 障がい者　 □　障がい者の家族   自身が主体となって、 | | | ※2要望事業区分（１）の場合のみチェック可 |
|  | * 障がい者　 □　障がい者の家族   の社会参加等の促進、支援活動として、 | | | ※3要望事業区分（２）の場合のみチェック可 |
| * 交流促進　□　心身機能向上　□　障がい理解促進 * その他（　　　　　　　　　　　）   を目的に、 | | | | |
| * 交流会の開催　□　講演会・講習会の開催　□　広報物の制作配布 * その他（　　　　　　　　　　　）   を実施するものです。 | | | | |
| 具体的内容および実施方法・実施スケジュール　※必須 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 求める事業成果 |  |
| 事業実施にあたって今回の数値目標と過去の実績、もしくは、詳細（事業による成果を測定する基準ならびに結果の見込み）をご記載ください。　※必須   * 参加人数　＿＿＿＿　名　（前年実績：　　　　　　名） * ＿＿＿　　＿　部配布　（前年実績：　　　　　　部配布） * 上記に当てはまらない場合は、詳細を記載してください。 |
| 本事業の目標値達成により、障がい者やその家族の状況の改善に向け、どのような効果が期待されるか、具体的にご記載ください。 |

（注）１　箇条書き等で簡潔に記載してください。

２　この用紙で足りない場合は、事業の詳細が分かる要綱等の資料を添付してください。

【継続して助成を希望する理由】

継続して助成することにより活動の効果が高まると考えられる理由をご記載ください

|  |
| --- |
|  |