|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **生命保険協会 高知県協会****高齢者団体・高齢者支援団体 助成金 申請書** 　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　令和　 　年　 　月　　 日 |  申込助成金額 | 　 　　 　千 円　＊千円未満切り捨て |
| 使途・目的（具体商品名・個数等） |  |
| 団体名 |  フリガナ |
| ★申込理由（必要性・緊急性等も含め、具体的にご記入ください）★事業を実施することで得られる成果・効果 |
|  |
|  代表者(役職) 氏名 |  フリガナ |
|  　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　㊞ |
| 住　所 |  フリガナ |
|  〒 　　　 　　　　　　　　　　　　　 TEL 　　（　　） |
| 申　込担当者 | 氏　名 |  フリガナ |
|  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　（　　　　）FAX：　　　　　（　　　　）メールアドレス： |
| 活動（事業）の内容等 | * 団体構成人数 　　　名 ★ 内、６０歳以上者人数 　　 名
* 活動内容・場所・時間
 |
| 生命保険協会使用欄 |  |
| ・選考結果発表 ： ２０２５年１１月中旬頃・助成予定月　 　： ２０２５年１２月中旬・助成金利用期限 : ２０２６年　２月末日 《ご照会先》 　　　一社) 生命保険協会 高知県協会　 事務局長 降旗　正明 　　　TEL：０８８－８７３－３３０４ | ＊選考にあたり、記載内容を確認し後日、当会より詳細を確認させていただきますので、よろしくお願いします。＊助成先には、購入備品等の活用状況を、訪問のうえ確認させていただく予定ですのでご協力をお願いします。 |

＜重要＞ 　団体の活動が分かるもの（直近の会則、過去に実施した事業の写真・チラシ等）を添付ください。

また、法人格を有する団体の場合、直近の決算書（無ければそれに代わるもの）も添付ください。