|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。