

地域配分（B配分）申請書（令和8年度申請・9年度使用）

申請書 1

(正・副2部提出)

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中 (発番号) 号
令和8年 月 日

下記事業に対する配分を申請書2及び添付書類を沿えて申請します。

配分申請事業名

①配分申請金額 0,000円 (配分申請金額は、②申請事業費の75%以内で、万円未満切捨て)
②申請事業費 円 (申請事業費は、①配分申請金額と◇施設・団体負担額の合算額)

申請団体 法人名/団体名	フリガナ	法人格 の有無	あり(右記)⇒ なし
代表者 職・氏名・印	フリガナ 印	法人認可(認証)年月日	
法人/団体所在地	〒		
	Tel.	Fax.	
申請施設 施設名・事業種別	フリガナ	施設認可年月日	
代表者 職・氏名・印	フリガナ 印	事業開始年月日	
施設所在地	〒		
	Tel.	Fax.	
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等			
<<振込先>> ※昨年と変更がない場合でも必ず全ての項目にご記入ください。 (同一法人から複数の施設が申請する場合、法人単位で振込みますので、必ず法人が管理する同一口座をご記入ください。)			
フリガナ	金融機関コード ⇒	支店コード ⇒	
金融機関 及び支店名	1 銀行 3 信用組合 2 信用金庫 4 農協	支店 出張所	
預金種別	普通・当座	フリガナ 預金名義人	
口座番号(右詰めでご記入ください)			

1 今回の申請について（令和9年度に購入または実施するものです）

（正・副2部提出）

法人名：		施設名：						
1) 配分申請事業名				2) 申請事業実施予定時期				
				開始：令和 年 月 日				
				完了：令和 年 月 日				
3) 申請内容・理由								
4) 期待される効果								
☆同事業に対する自治体・社会福祉協議会からの補助金：助成金（過去3年間に1回以上）								
・自治体（区市町村）からの補助金 あり / なし				・社会福祉協議会からの助成金 あり / なし				
利用者 対象者	定員	名	主な対象者	職員 数		事務	直接処遇	その他
	実人員	名			常勤	名	名	名
					非常勤	名	名	名
連絡 先	担当者 職・氏名					Tel :		
	e-mail					Fax :		

2 当該事業資金計画 ※①配分申請金額は、②申請事業費の7.5%以内で、万円未満切捨てとし、切り捨てた端数は◇施設・団体負担額で対応してください。

収入		金額	支出項目	金額
①配分申請金額	(②の75%以内) ←	000円		円
◇施設・団体負担額	(②-①) ←	円		
②申請事業費 (= ① + ◇)		円		
のそ 収の 入他	利用者負担金			
	その他 []			
収入合計 (②申請事業費+その他の収入)		円	支出合計	円

☆参考：過去3年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。