

公益財団法人 大同生命厚生事業団
理事長 殿

受付番号	シ	受付日	
------	---	-----	--

「シニアボランティア活動助成」申込書

該当する番号を○で囲んでください。

活動内容	1 高齢者福祉に関するボランティア活動
	2 障がい者福祉に関するボランティア活動
	3 こども（高校生まで）の健全な心を育てる交流ボランティア活動

グループ名	グループ人数			名(名簿に記載)	
グループ所在地	〒 都 道 府 県				
	TEL		FAX		
ふりがな				年 齢	
グループ代表者氏名				㊟	
連絡先住所等	〒 都 道 府 県				
	TEL		必ず日中連絡が取れる番号を記入ください	FAX	
	Email				
勤務先名			所属部署		
勤務先TEL			勤務先Email		
事務(会計)担当者氏名			TEL		
			Email		
グループのボランティア活動					
グループのボランティア活動歴	年 (2020年4月1日現在)				
現在までのグループの主な活動歴(箇条書き)					
グループの概要(どのような仲間のグループか等)					

グループ名

「活動概要」

※ 記入上の留意事項

- ① 「活動の動機」、「活動計画（活動の内容・実施時期等）」、「活動対象地域・活動場所」等の順に助成金の使途との関係がわかるように記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。
手書きの場合は、楷書体とすること。

ボランティア活動

シニアボランティア・グループ名簿

グループ名

①グループ人数(人)	②うち満60歳以上(人)	②/① (%)

応募資格:グループの80%以上が満60歳以上であること
(満60歳以上のメンバーの氏名横に○印記入ください)

No	氏名	満60歳以上	No	氏名	満60歳以上
1(代表者)			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

受付番号	ビ	受付日	
------	---	-----	--

「ビジネスパーソンボランティア活動助成」申込書

該当する番号を○で囲んでください。

活動内容	1 高齢者福祉に関するボランティア活動 2 障がい者福祉に関するボランティア活動 3 こども（高校生まで）の健全な心を育てる交流ボランティア活動
------	--

グループ名	グループ人数			名(名簿に記載)
グループ所在地	〒 都 道 府 県			
	TEL		FAX	
ふりがな				年 齢
グループ代表者氏名	ⓐ			
連絡先住所等	〒 都 道 府 県			
	TEL		必ず日中連絡が取れる番号を記入ください	FAX
	Email			
勤務先名			所属部署	
勤務先TEL			勤務先Email	
事務（会計）担当者氏名			TEL	
			Email	
グループのボランティア活動				
グループのボランティア活動歴	年（2020年4月1日現在）			
現在までのグループの主な活動歴（箇条書き）				
グループの概要（どのような仲間のグループかなど）				

グループ名

「活動概要」

※ 記入上の留意事項

- ① 「活動の動機」、「活動計画（活動の内容・実施時期等）」、「活動対象地域・活動場所」等の順に助成金の使途との関係がわかるように記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。
手書きの場合は、楷書体とすること。

ボランティア活動

--

ビジネスパーソンボランティア・グループ名簿

グループ名 _____

①グループ人数(人)	②うちビジネスパーソン(人)	②/① (%)

応募資格:グループの80%以上がビジネスパーソン
(会社員、公務員、団体職員、経営者・個人事業主)であること

No	氏 名	勤 務 先 名
1(代表者)		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		