

**1ページ目**

1、提出前に以下を確認し、チェック欄に○をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | チェック | 内容 |
| 1 |  | 本助成金の募集要項は読みましたか？ |
| 2 |  | あなたの想いをしっかり込められましたか？ |
| 3 |  | 申請金額を、2ページ目と4ページ目に記入しましたか？ |
| 4 |  | 3ページ目について、添付資料はありますか？ある場合は○を記入してください。 |
| 5 |  | 4ページ目について、合計①と合計②は同じ金額になっていますか？ |
| 6 |  | 5ページ目について、ふだんの活動に関する添付資料はありますか？ある場合は○を記入してください。 |
| 7 |  | 5ページ目について、推薦者の情報やコメントは記入しましたか？ |
| 8 |  | 提出期限である2024年4月15日以内の提出ですか？　※郵送の場合は4月15日必着です。 |

2、申請期間

2024年4月5日(金)～2024年4月15日(月)

3、申請先

海老原宏美基金事務局

メールアドレス：info@ebifund.org

※郵送をご希望される方は以下問い合わせ先へご連絡ください。郵送の場合は、4月15日(月)必着となります。

4、お問い合わせ先

海老原宏美基金事務局

メールアドレス：info@ebifund.org

電話番号：03-6666-7506　（運営委員　本間）※平日9:00～17:00

住所：207-0014 東京都東大和市南街1-22-6シティコート南街　NPO法人自立生活センター・東大和



**2ページ目**

１、あてはまる分野に○をつけてください。

　　　　（1）障害種別をこえた若手障害者の育成と自立支援

　　　　（2）インクルーシブ教育の普及・促進

　　　　（3）“自分らしさ”に伴走する介助者の育成

２、あなたのやりたい事業名を教えてください（※30字以内）

３、やりたいと思った理由を教えてください。

４、事業の目的（ゴール）はなんですか？

５、目的を達成するための目標（小さなゴール）を教えてください。

６、具体的な事業内容を教えてください（時期.対象.場所.方法などを明確に）

７、申請金額（予算案の金額を転記）



**3ページ目**

|  |
| --- |
|  |



**4ページ目**

1、助成申請の予算案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収入の部 | 項目 | 金額 | 内容・算出根拠（単価や人数等） |
| 本助成申請金額 | 円 |  |
| 自己資金 | 円 |  |
| 会費 | 円 |  |
| 参加費 | 円 |  |
| 寄付金 | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| **合計①** | **円** |  |
| 支出の部 | 項目 | 金額 | 内容・算出根拠（単価や人数等） |
| 旅費・交通費 | 円 |  |
| 備品費 | 円 |  |
| 消耗品費 | 円 |  |
| 印刷製本費 | 円 |  |
| 通信費 | 円 |  |
| 会議費 | 円 |  |
| 謝金 | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| **合計②** | **円** |  |

**※合計①－合計②＝０円 になるように、申請金額を設定してください。**

2、備考（予算作成にあたり特に訴えたいことなどありましたらご記入ください）

|  |
| --- |
|  |



**5ページ目**

１、あなたのこと

|  |  |
| --- | --- |
| 区分はどちらですか？ | １、個人　　　２、団体（グループ）　　　　※〇をつけるか、非該当を削除してください |
| ふりがな名前 / 団体名 |  |
| 団体分類　※団体の場合 | １、NPO法人　　　２、任意団体　　　３、その他（　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな代表者名 |  | 代表者電話： |
| 代表者メール： |
| ふりがな担当者名※代表者と異なる場合 |  | 担当者電話： |
| 担当者メール： |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡所在地※上記と異なる場合 | 〒 |

２、あなたのふだんの活動　　※参考となる資料がある場合には添付してください。

|  |
| --- |
|  |

３、あなたの推薦者（こちらから連絡をする場合があります）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな推薦者名 |  | 推薦者電話： |
| 推薦者メール： |
| 所属・関係性 |  |
| 推薦者からのコメント |  |