

地域配分（B配分）申請書（平成29年度申請・30年度使用）

（発番号） 号  
 東京都共同募金会奥多摩町地区配分推せん委員会 御中 平成29年 月 日

当団体が行う事業に対し、申請書2を添付のうえ申請します。

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 ( ) なし			
代表者 職・氏名・印	フリガナ	法人認可(認証)年月日 ⑩				
法人所在地	〒 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	事業開始年月日 ⑩				
施設所在地	〒 東京都西多摩郡奥多摩町 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						
☆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。						
利用者 対象者	定員	主な対象者	職員数	事務	直接処遇	その他
	実人員			常勤	名	名
連絡先	担当者 職・氏名			Tel.		
	e-mail			Fax.		

