記入例

受付番号	

内定通知書に記載された「受付番号」を記載ください。

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

〒○○○-○○○○
住　　所　○○県○○市○○1-2-3
名　　称　特定非営利活動法人あいう会
代表者職名　理事長
代　表　者　福祉　太郎　　実印

定款、寄付行為等又は運営規約等の定めに基づき住所を記入してください。

令和○年度　申請書兼請求書

印鑑登録証明書と一致する印鑑を押印します。
法人格のない団体は、印鑑登録された代表者の個人印（実印）を押印してください。

独立行政法人福祉医療機構助成金（支援金）内定通知書の内容及び条件について申請・支払いを請求します。

1　事業名　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○　事業

2　所要額　1,000 千円

同じ数字になります。この２ヵ所はどちらも千円単位になります。

3　所要額調書

総事業費（A）	寄付金その他の収入（B）	差引事業費（A－B＝C）	内定額（D）	所要額（CとDを比較して少ない方の額）	備考
1,180,800 円	180,800　円	1,000,000 円	1,000,000 円	1,000 千円	

4　内定条件の有無（内定通知書参照）　※いずれかに○をしてください

内定条件なし	○　内定条件あり（別紙

要望時（お申し込み時）より変更がある場合は、「変更あり」に○をつけ、別紙（任意の様式）を作成の上、提出してください。

5　事業計画・資金計画の変更有無　※いずれかに○をしてください

要望時より変更なし	○　要望時より変更あり（別紙に詳細を記載してください）

6　申請事業に対する他の助成金・補助金等の交付状況　※いずれかに○

○　受けていない	受けている（別紙に詳細

受ける可能性のある場合は必ず事前に機構までご連絡ください。

7　振込希望先口座　※期末利息の算出手続きが不要である「無利息型口座」を推奨しています

交付希望月	（　5　）月	
利息の有無	○　無利息型の普通預金口座（決済用預金口座）	有利息型の普通預金口座（普通預金口座）
金融機関名	金融機関名	支店名（店番号　○○○）
		○○○支店
口座番号	普通	○○○○○○○
フリガナ	○○	
口座名	○○	

助成金の交付希望月を記載してください。

【重要】完了報告時に利息発生に伴う事務手続きを行う必要がない「無利息型口座」を推奨しています。

助成事業専用口座の金融機関名、支店名、店番号及び口座番号を記入してください。

通帳の表紙に記載の口座名を記入してください。また口座名のフリガナはカタカナで記入してください。
※団体名に中点「・」等の記号を使用している場合は、振り込む際の取り扱い方法を金融機関に確認のうえ、別紙に記入してください。

8　WAM連絡システム　※機構担当者との連絡用掲示板です。投稿時の通知を

登録メールアドレス	○○○○@○○○○○○○○○

WAM連絡システムに登録するメールアドレスを記入してください。

（添付書類）
（1）主な遵守事項について　（2）本申請書に押印した実印の印鑑登録証明書（原本）※発行後3か月以内のもの
（3）振込希望先口座の通帳（写し）　（4）法人登記簿（写し）※発行後3か月以内のもの（任意団体の場合は運営規約等）
（5）その他参考となる書類

担当者	氏　　名	医療　花子	ＦＡＸ	なし
	電　　話	○○○-○○○○-○○○○	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	○○○○@○○○○○○○○○

日中連絡可能な連絡先、時間帯を記入してください。