令和８年度（2026 年度）　後志地域精神保健協会

後志地域の精神障害者及び家族会行事等への支援事業助成申請書

令和８年（2026年）　　月　　日

後志地域精神保健協会会長　様

名　称

代表者　　印

所在地	〒			
	TEL E-mail		FAX URL	
申請担当者 代表者と 異なる場合	役職・氏名			
	住所	〒		
	TEL E-mail		FAX URL	
設立年月日（活動年数）	年　月　日（　年　か月）			
これまで本事業により 助成を受けた実績	年度： 内容：			

※会則など団体等の活動目的がわかるものを添付してください。

※役員名簿など団体等の構成員がわかるものを添付してください。

下記の事業への助成を申請します。

区　分	内　容
申請する事業の名称	
実施場所	
参加予定延べ人数	
実施時期	年　月　日　～　年　月　日

○申請事業の総事業費

費　目	金　額	内　　容　（内訳を具体的に記載。）
謝金等	円	
交通費	円	
備品費	円	
消耗品費	円	
印刷費	円	
通信運搬費	円	
使用料	円	
その他	円	

○申請事業の内容

※写真など、実施した活動内容がわかるものを添付してください。

○助成金の振込先金融機関（名称及び口座番号）

金融機関名　　（銀行・信金・農協・信組・その他（　　））

店名

種別　　口座番号

（ふりがな）

口座名義人