

**平成29年度 歳末たすけあい募金運動
枚方市社会福祉協議会 障害者差別解消対策助成 申請書**

申請する 内 容	(改善内容等)
	(実施後の感想)
かかった 費用 <small>(領収書要添付)</small>	_____ 円
助成 申請額	_____ 円 <small>※かかった費用の1/2か100,000円のいずれか低い額</small>
ホームページ 有 無(ブログ可)	無 ・ 有 (_____)
メールアドレス	無 ・ 有 (E-mail: _____)
取材の可否	取材の受入 可能 ・ 不可

上記の通り、障害者差別解消対策助成金を申請します。
尚、社協だよりやホームページに掲載される場合があることを了承します。

平成 年 月 日

社会福祉法人 枚方市社会福祉協議会
会 長 武 正 行 様

事業所名

業 種

代表者名

印

住 所

電話番号

F A X
