継続助成

|  |  |
| --- | --- |
| **団 体 名** |  |
| **代表者名** |  |
| **申請事業名** |  |
| **事業スタート助成****の開始時期** | **令和　　　年　　　月から** |
| **事業スタート助成の概要（簡潔にまとめ****てください。）****※別紙記載可** |  |
| **継続助成申請額****および****申請期間** | **円**※２年間を上限として２００，０００円以内を助成（２年を上限とした分割給付）**令和　　年　　月　～　令和　　年　　月（　　　　年間）** |
| **継続助成事業****の必要性と使途****※別紙記載可** |  |
| **期待される成果****及び効果等****※別紙記載可** |  |

令和　　年度分　枚方市社会福祉協議会 公募事業助成基金（市民ふくし活動チャレンジ基金）

* **予算書の添付をしてください。**