年　　月　　日

滋賀県骨髄移植推進事業費補助金事業計画書

　標記補助金事業に下記のとおり申込します。

　なお、補助金交付要綱に記載のある補助対象団体の要件を満たしていること、ならびに本申請書のすべての記載事項および添付書類について、事実と相違ないことを誓約します。

○団体概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 代表者　役職・氏名 | |  |
| 補助金事業　担当者氏名 | |  |
| 活動拠点の住所 | |  |
| 電話番号 | |  |
| E-mail | |  |
| 団体の  概要 | 活動開始時期 |  |
| 所属人数  （うち、骨髄バンクドナー登録説明員数） | 所属人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名  （うち、骨髄バンクドナー登録説明員　　 　名） |

○事業概要

　具体的な活動内容、実施時期、実施場所等を御記入ください。

|  |
| --- |
|  |

必要に応じて行や項目を追加してください。

　事業計画提出時には、以下の関係書類も併せて御提出願います。

　・経費所要額調書（別紙様式１）

　・経費支出予定額内訳書（別紙様式２）

　・その他参考となる資料（活動内容の詳細がわかる書類や、団体の規約等）

（別紙様式１）

経費所要額調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象経費  支出予定額  Ａ | 他の補助金等の対象経費  Ｂ | 差引額  （Ａ－Ｂ）  Ｃ | 対象経費  交付額  （C×補助率2/3）  D | 基準額  E | 補助基準額  F | 県補助所要額  G | 備考 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 500,000円 | 円 | 円 |  |

（注）F欄には、D欄とE欄を比較して少ない方の額を記入する

（別紙様式２）

経費支出予定額内訳書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 金額 | 積算内訳 |
|  | 円 |  |
| 計 | Ａ 円 |  |

（注）Ａ欄には、別紙様式１の「対象経費支出予定額」欄と一致すること