

地域配分（B配分）申請書（令和7年度申請・8年度使用）

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中 (発番号) 号
令和7年 月 日

下記事業に対する配分を申請書2及び添付書類を沿えて申請します。

配分申請事業名

①配分申請金額

0,000円

(配分申請金額は、②申請事業費の75%以内で、万円未満切捨て)

②申請事業費

円

(申請事業費は、①配分申請金額と◇施設・団体負担額の合算額)

申請団体 法人名／団体名		フリガナ		法人 格の 有無	あり () なし			
代 表 者 職・氏名・印		フリガナ			法人認可(認証)年月日			
法人／団体所在地		〒 Tel. : Fax.						
申請施設 施設名／事業種別		フリガナ			施設認可年月日			
代 表 者 職・氏名・印		フリガナ			事業開始年月日			
施設所在地		〒 Tel. : Fax.						
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等								
☆参考：過去3年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。								
利用者 対象者	定 員	名	主な対象者	職 員 数		事 務	直接処遇	その他
	実人員	名			常 勤	名	名	名
					非常勤	名	名	名
連絡 先	担当者 職・氏名		Tel.					
	e-mail		Fax.					

1 今回の申請について（令和8年度に購入または実施するものです）

法人名：

施設名：

1) 配分申請事業名	2) 申請事業実施予定時期 開始：令和 年 月 日 完了：令和 年 月 日
3) 申請内容・理由	
4) 期待される効果	
☆同事業に対する自治体・社会福祉協議会からの補助金：助成金（過去3年間に1回以上） ・自治体（区市町村）からの補助金 あり / なし ・社会福祉協議会からの助成金 あり / なし	

2 当該事業資金計画 ※①配分申請金額は、②申請事業費の75%以内で、万円未満切捨てとし、切り捨てた端数は◇施設・団体負担額で対応してください。

収 入		金 額	支出項目	金 額
①配分申請金額	(②の75%以内)	000円		
◇施設・団体負担額	(②-①)			
②申請事業費 (= ① + ◇)				
のそ 収の 入他	利用者負担金			
	その他 []			
収入合計 (②申請事業費+その他の収入)			支 出 合 計	

《振込先》 ※昨年と変更がない場合でも必ず全ての項目にご記入ください。

(同一法人から複数の施設が申請する場合、法人単位で振込みますので、必ず法人が管理する同一口座をご記入ください。)

フリガナ	金融機関コード []		支店コード []
金融機関 及び支店名	1 銀行 3 信用組合 2 信用金庫 4 農 協	支 店 出張所	
預金種別	1 普通 2 当座	フリガナ	
口 座 番 号 (右詰めでご記入ください)			
		預金名義 人	

※ゆうちょ銀行（金融機関コード 9900）の場合は、振込用の店名（店番）、預金種目、口座番号が必要です。郵便局にてご確認ください。

地域配分（B 配分）申請書（令和 7 年度申請・8 年度使用分）

記入例

法人、施設等で文書管理をおこなっている場合、その番号

(発番号) ○○会発第○○号

社会福祉法人 東京都共同募金会 御中

令和 7 年○○月○○日

申請書の提出日。必ずご記入ください。

下記事業に対する配分を申請書 2 及び添付書類を沿えて

今回申請する事業名を、目的や内容がわかるようにご記入ください。

例) 授産作業用備品整備（マシン）
社会体験宿泊訓練事業 など

※施設・団体名ではありません

配 分 申 請 事 業 名 授産作業用備品整備（マシン）

① 配 分 申 請 金 額 150,000 円

(資金計画①の額。配分申請金額は
②申請事業費の 75% 以内で、
万円未満切捨て)

② 申 請 事 業 費 200,000 円

(資金計画②の額。①配分申請金額と
◇施設・団体負担額の合計)収入合計・支出合計ではありません
ので、ご注意ください。

申請団体 法人名／団体名	フリガナ アカイハネ 赤い羽根	法人 格の 有無	あり (社会福祉法人) なし
代 表 者 職・氏名・印	フリガナ アカイ ハネ 理事長 赤井 羽根代	法人公印・ 理事長印	法人認可（認証）年月日 昭和○○年○月○日
法人／団体所在地	〒000-0000 ○○区○○町○—○—○ Tel : 03-0000-0000 Fax : 03-0000-0000	※認可されている正式名称を 記入 施設名に事業種別を混在させ たり、通称を記入しないよう ご注意ください。 施設認可年月日	
申 請 施 設 施 設 名	フリガナ フワフワノモリ ふわふわの森	事業種別 就労継続支援B型	平成○○年○月○日
代 表 者 職・氏名・印	フリガナ アオイ ソラ 施設長 青井 空	施設公印 施設長印	事業開始年月日 平成○○年○月○日
施 設 所 在 地	〒000-0000 ○○区○○町○—○—○ Tel : 03-0000-0000 Fax : 03-0000-0000		
申請施設・団体の事業目的・内容、特に重視している点等			
◇施設・団体の事業概要や活動方針、沿革を簡潔にご記入ください。 ～注意！！～ 申請事業内容ではありません。申請事業の説明は、申請書 2 の記入欄にご記入ください。			
☆参考：過去 3 年間における、赤い羽根共同募金運動や歳末たすけあい運動への協力状況。			
令和○○年 10 月 △△△駅にて街頭募金活動 …			
利用者 対象者	定 員 20 名	主な対象者 精神障害者	職員 数
	実人員 19 名		
			常 勤 1 名 非常勤 名
			事務 直接処遇 その他 3 名 3 名 名
連絡 先	担当者 職・氏名 e-mail ○○○@○○○.ne.jp	事務長 緑山 ふかし	Tel : 03-0000-0000 Fax : 03-0000-0000

申請内容の詳細を
説明できる方

1 今回の申請について（令和8年度に購入または実施するものです）

法人名： 社会福祉法人 赤い羽根 施設名：ふわふわの森

1) 配分申請事業名		2) 申請事業実施予定時期	
申請書1と同じ。 複数の異なる事業を申請することは出来ません。		開始：令和 年 月 日 完了：令和 年 月 日	
3) 申請内容・理由			
申請事業を審査する際の重要な項目となります。 申請事業について、内容、必要性、現状、なぜ共同募 金会へ申請をするのかなど、簡潔に分かりやすくご記 入ください。		物品購入の場合、 発注＝開始 納品＝完了 の予定をご記入ください	
4) 期待される効果			
申請事業を実施（備品の場合は整備）することによって 利用者にとってどのようなメリットがあるのか、に重点 を置いて、簡潔に分かりやすくご記入ください。			
☆同事業に対する自治体・社会福祉協議会からの補助金・助成金（過去3年間に1回以上） ・自治体（区市町村）からの補助金 あり / なし ・社会福祉協議会からの助成金 あり / なし			

2 当該事業資金計画 ※①配分申請金額は、②申請事業費の75%以内で、万円未満切捨てとし、
切り捨てた端数は◇施設・団体負担額で対応してください。

収 入		金 額		支出項目	金 額	
①配分申請金額	(②の75%以内)	150	000円	備品整備費	210	000円
◇施設・団体負担額	(②-①)	50	000円			円
②申請事業費（＝①＋◇）		200	000円	申請書1に記入する額	・	円
のそ 収の 入他	利用者負担金		円	②申請事業費に 含めないでください。	・	円
	その他（例：家族会寄付、 補助金など）	10	000円		・	円
収入合計（②申請事業費＋その他の収入）		210	000円	支 出 合 計	210	000円

《振込先》 ※昨年と変更がない場合でも必ず全ての項目にご記入ください。

（同一法人から複数の施設が申請する場合、法人単位で振込みますので、必ず法人が管理する同一口座をご記入ください。）

フリガナ	マルマル	金融機関コード [1 2 3 4]	マルマルマチ	支店コード [5 6 7]
金融機関 及び支店名	〇〇	1 銀行 3 信用組合 2 信用金庫 4 農 協	〇〇町	支 店 出張所
預金種別	1 普通 2 当座	フリガナ	7) アカイハネ	
口 座 番 号 (右詰めでご記入ください)	0 0 1 2 3 4 5		社会福祉法人 赤い羽根	

※ゆうちょ銀行（金融機関コード 9900）の場合は、振込用の店名（店番）、預金種目、口座番号が必要です。郵便局にてご確認ください。