**共同募金一次全都配分（Ａ配分）申請・事前相談シート**

令和　　年　　月　　日

（R5.4.3～）

◎法人（団体）名:　　　　　　　　　　　　　　　　　（過去の申請　有・無　[　　　　年]）

◎施設名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業種別:

◎定員:　　　　名

◎施設（団体）所在地:

◎連絡先 　 ご担当者名（フリガナ）

ＴＥＬ:　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ:　　　　　　　　　　　 　e-mail:

◎事業実施予定時期:　（開始）令和　 年　 月　 日　～（完了）令和　 年　 月　 日

[申請概要]

（現状と必要性）

（事業実施後の期待される効果）

[当該事業費総額] 円

ヒアリング希望日時

ヒアリング日程は平日の4/4～5/26までとなります。時間は10時、11時、13時30分、14時30分、15時30分の5枠になります。希望日を2.3日程度ご記入の上メールでお送りください。

ヒアリング時間は30分程度になります。

**e-mail：**[**haibun@tokyo-akaihane.or.jp**](mailto:haibun@tokyo-akaihane.or.jp)

◇**担当者とのヒアリングの後、お渡しする申請書のご提出を以て申請となります。**

本用紙の送付により申請済みとはなりませんので、ご注意ください。

**【問い合わせはこちら】**

***社会福祉法人 埼玉県共同募金会***　***担当：業務課　TEL：048－822－4045***

　〒330－0075　さいたま市浦和区針ケ谷４－２－６５　彩の国すこやかプラザ内

**【問い合わせはこちら】**

***社会福祉法人 埼玉県共同募金会***　***担当：業務課　TEL：048－822－4045***

　〒330－0075　さいたま市浦和区針ケ谷４－２－６５　彩の国すこやかプラザ内

社会福祉法人 東京都共同募金会