

令和8年4月10日

福井県しあわせ基金理事長 様

団体名 しあわせ福祉資金会

代表者名 会長 福井 太郎

福井県しあわせ福祉資金助成申請書

福井県しあわせ福祉資金の助成を受けたいので、下記の書類を添えて申請します。

記

- 申請事業計画書
- 申請事業収支計画書
- 申請団体概要書
- 定款、会則等
- 役員名簿
- 会員名簿
- 前年度の収支決算書、活動実績報告書
- パンフレットまたは団体の活動を紹介する新聞記事等
- 見積書のコピー等
- その他 ( )

## ◆申請事業計画書

団 体 名	しあわせ福祉資金会		
申 請 事 業 名	認知症セミナーの開催		
事 業 区 分 (いずれか一つに☑)	<input type="checkbox"/> 障がい者福祉の推進を目的とする事業 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者福祉の推進を目的とする事業 <input type="checkbox"/> 児童福祉の推進を目的とする事業 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入： ）		
事 業 費 総 額	382,840 円	助 成 申 請 額	200,000 円
事 業 の 概 要  ・ 事業概要 ・ 実施時期 ・ 実施回数 ・ 実施場所 ・ 対象者 ・ 参加人数  など、具体的に 記入	<p><b>【事業概要】</b></p> <p>認知症のある方が地域で生活していくために必要な支援を学ぶセミナーを開催し、認知症に対する理解の促進を図る。家族介護者や関係者だけでなく、広く地域住民にも参加してもらい、認知症に対する正しい理解を深めてもらう。</p> <p><b>【実施時期】</b> 令和8年6月6日（金）13：30～15：00</p> <p><b>【実施回数】</b> 1回</p> <p><b>【実施場所】</b> 福井市〇〇センター</p> <p><b>【対 象 者】</b> 認知症家族介護者、支援関係者、地域住民、その他関係者</p> <p><b>【参加人数】</b> 約100名</p>		
申 請 理 由	<p>認知症の介護は長期間になることが多く、家族介護者の負担が大きい。介護者、支援者、地域の方が認知症を正しく理解し、介護者の負担を軽減することで、認知症高齢者の在宅生活の安心に役立てる。</p>		
事業実施により 期待される成果	<p>認知症という病気を正しく理解することで、様々な症状に落ち着いて対処できるようになる。</p> <p>また、家族介護者の悩みや不安を軽減し、心身をリフレッシュすることで、介護ストレスが軽減される。</p>		

## ◆申請事業収支計画書

### 【収入の部】

項 目	予算額 (円)	積算内訳 (できるだけ具体的に)
助成金	200,000	福井県しあわせ福祉資金助成金
自己資金	182,840	団体一般会計
合 計	382,840	

### 【支出の部】

項 目	予算額 (円)	積算内訳 (できるだけ具体的に)
講師謝礼	50,000	〇〇病院 〇〇医師
講師旅費	11,740	大阪⇄福井 JR 旅費
会場使用料	65,000	〇〇センター使用料 (別途見積書添付)
食糧費	1,100	講師お弁当 (800円)、お茶 (150円×2本)
消耗品費	30,000	コピー用紙、封筒、ファイル
〃	28,000	案内看板作成
印刷製本費	30,000	チラシ印刷 (30×1000枚)
〃	90,000	報告書作成 (300×300部)
通信運搬費	77,000	案内、報告書送料 (82円×500通、120円×300通)
合 計	382,840	

