

公益財団法人 大同生命厚生事業団  
理事長殿

受付番号	シ	受付日	
------	---	-----	--

「シニアボランティア活動助成」申込書

該当する番号を○で囲んでください。

活動内容	1 高齢者福祉に関するボランティア活動 2 障がい者福祉に関するボランティア活動 3 こども（高校生まで）の健全な心を育てる交流ボランティア活動で、 内容が先駆性、継続性、発展性があり、効果が予測できるもの
------	--

グループ代表者

ふりがな		年 齢	性 別
代表者氏名	(印)		男 女
連絡先住所等	〒 都 道 府 県		
	TEL	<small>必ず日中連絡が取れる 番号を記入ください</small>	FAX
	Email		
勤務先名		所属部署	
勤務先TEL		勤務先Email	
グループ名	グループ人数 名(名簿に記載)		
グループ 所在地	〒 都 道 府 県		
	TEL		FAX
	事務(会計)担当者	氏 名	
Email			

グループのボランティア活動

グループのボランティア活動歴 年 (平成29年4月1日現在)

現在までのグループの主な活動歴 (箇条書き)


グループの概要 (どのような仲間のグループかなど)




グループ代表者氏名

## 「活動概要」

ボランティア活動

※ 記入上の留意事項

- ① 「活動の動機」、「活動計画（活動の内容・実施時期等）」、「活動対象地域・活動場所」等の順に助成金の使途との関係がわかる様に記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。  
手書きの場合は、楷書体とすること。

# シニアボランティア・グループ名簿

グループ名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

①グループ人数(人)	②うち満60歳以上(人)	②/① (%)

(グループの80%以上が満60歳以上であること)

No	氏 名	満年齢	No	氏 名	満年齢
1(代表者)			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		