**2025年度信州eye基金**

**冠寄附・助成プログラム助成申請書**

公益財団法人長野県みらい基金

理事長　高橋 潤　様

応募日　2025年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体の基本情報 | | | | | | | | | |
| 団体名 |  | | | | | | | | |
| 代表者名（役職） | （　　　　　　） | | | | | | | | |
| 団体所在地 | 〒 | | | | | Tel | |  | |
| E-mail | |  | |
| 担当者名（役職） | （　　　　　　） | | | | | Tel | |  | |
| E-mail | |  | |
| 団体設立年月日  法人格の有無 | 団体の設立（西暦） | | | 年　　月 | | | | | |
| 法人格の取得について　（該当するものに丸を付けてください。） | | | | | | | | |
|  | ① 取得済み | | 取得年月 | | 年　　月 | | | |
|  | ② 申請中 | | | | | | | |
|  | ③ 検討中 | | | | | | | |
|  | ④ 予定なし | | | | | | | |
| 団体の設立趣旨や活動目的 |  | | | | | | | | |
| 日頃の活動内容や過去の実績 |  | | | | | | | | |
| スタッフ数 | 常勤 | 名 | | 非常勤 | 名 | | ボランティア | | 名 |
| 直近の終了年度の事業収支 | 収入 | 千円 | | | 支出 | 千円 | | | |
| 主な事業名  （事業規模） | | （　　千円） | | | | | | |

**■今回申請する事業について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成コース　※いずれか1つに○をつけてください | | |
|  | (A) 「学びたいを応援」県内の視覚障がいを有する児童・生徒の学習支援に資する活動  ※原則として、県内の盲学校（長野・松本）、普通学校の対象児童・生徒に直接支援ができる団体に限ります。 | |
|  | (B) 「暮らしを応援」県内の視覚障がいを有する者への全般的な支援に資する活動 | |
| 事業の概要 | | |
| 申請事業名 | |  |
| 助成申請額 | | 円 |
| 申請事業の概要  ※200文字程度でご記入ください。  ※助成決定となった際には、長野県みらいベースHPへ掲載します。 | |  |
| 実施計画 | | |
| 事業の背景・課題 | | ※この事業で解決したい課題、誰がどのように困っているのかなど、具体的にご記入ください |
|  |
| 実施する取り組み | | ① 実施内容とスケジュール  ※いつ・どこで・誰が・誰に・何をやるかなど、事業内容を具体的にご記入ください |
|  |
| ② 実施体制  ※上記における役割分担や誰が何をするか、連携・協力団体の有無等についてご記入ください |
|  |
| 目指す状態・成果 | | ※この事業で具体的に実現したい状態、誰がどのような助けを得られるのか |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他 | ※ご自由に記載ください |
|  |

【問い合わせ】

公益財団法人 長野県みらい基金　松本事務所

〒390-0852　長野県松本市島立1020　松本合同庁舎2階

TEL：0263-50-5535　　FAX：0263-50-6561

E-Mail：matsumoto@mirai-kikin.or.jp