

## 「患者サロン」での活動支援助成募集要項

### 1 助成の主旨

「患者サロン」を活用し、がん患者さんやご家族等を対象に支援活動を実施する団体に対してその事業活動費の一部を助成支援することにより、患者サロンの有効活用と普及促進を図り、がん患者さんの療養等の支援に寄与する。

### 2 応募要件

- (1) 千葉県内を主な活動の場としてがん患者さんの支援活動を行っている団体であること。(法人格の有無を問わない)
- (2) 「患者サロン」の施設管理者からその使用を認められたもの。
- (3) 1年以上の活動実績があり、10名以上の構成員がいること。
- (4) 政治・宗教の活動を目的とする団体でないこと。
- (5) 当法人会員の推薦があるもの。または、団体代表者が会員であること。

### 3 助成の範囲

平成26年度に実施される「患者サロン」での事業活動費の一部とする。  
ただし、限度額10万円/団体(本年度3事業程度)

### 4 公募期間 平成26年6月10日から平成26年7月15日まで

### 5 申請手続

当法人所定の申請書(様式1号)に、必要事項を記載し、以下の添付書類と併せて事務局に提出するものとする。

添付書類(必ず添付ください)

- (1) 活動計画書
- (2) 団体の概要(パンフレット等添付)
- (3) 定款または会則、規約等
- (4) 前年度の活動実績がわかるもの(事業報告書・決算報告書等)
- (5) 今年度の事業計画、予算書、期待される成果

6 選考及び助成額の決定

選考委員会において選考し、申請者に結果を通知する。

7 報告書の提出

申請者は、事業終了後速やかに支出明細書及び事業完了報告書（様式2号）（A4版3枚程度）並びに会計報告（様式等自由 支出証拠書類添付）を事務局に提出するものとする。

なお、事業終了後、実績報告会への参加や当法人のホームページで公表することがあります。

様式1号

平成26年度「患者サロン」活動助成申請書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人

医療・福祉ネットワーク千葉

理事長 竜 崇 正 様

申 請 者

所 在 地 \_\_\_\_\_

団 体 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

メー ル ア ド レ ス \_\_\_\_\_

下記のとおり活動助成を申請します。

記

助成金額 金 \_\_\_\_\_ 円

様式2号

助成事業完了報告書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人

医療・福祉ネットワーク千葉

理事長 竜 崇 正 様

報告者

所在地 \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

平成26年度の活動助成について、下記のとおり事業を完了したので報告します。

1 実施日時又は期間

2 実施場所

3 活動実績の概要

--

3 助成金支出内訳