

年 月 日

第9回(2025年度)のぞみ基金助成申請書

特定非営利活動法人がん患者団体支援機構 宛

団 体 名

代表者氏名

住 所

第9回のぞみ基金の助成に係る書類を添えて申請いたします。尚、申込事項及び関係書類に関して、原則公表とすることを承諾いたします。

1. 事業名(タイトル)	
2. 補助対象経費	

下記には記入しないでください。(がん患者団体支援機構記録)

受付番号	
------	--

- ☐ 実施団体概要
 - ☐ 会員名簿
 - ☐ 規約・会則等
- ☐ 事業企画書
- ☐ 事業予算書
- ☐ 決算報告書

第9回(2025年度)のぞみ基金助成事業実施団体概要

1. 団 体 名		
2. 代 表 者	氏 名	
	住 所 (〒 -)	
	TEL :	FAX :
	E-mail	
3. 事務所等の所在地	住 所 (〒 -)	
	TEL :	FAX :
4. 連絡責任者	氏 名	
	住 所 (〒 -)	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	
5. 団体の設立年月日	年 月 日	
6. 団体の規約・会則等	有 ・ 無	
7. 会員数（団体構成員）	人	
8. 団体の主な活動と実績		

第9回(2025年度)のぞみ基金助成事業企画書

1. 事業名(タイトル)	
2. 申請区分	☐ 新規実施 ☐ 継続(複数回実施: 回)
3. 事業概要	(1) 事業の目的
	(2) 実施予定時期 年 月 日 ()
	(3) 事業実施場所
	(4) 事業の対象者
	(5) 事業実施手法 ※どのような内容・方法で行いますか。

4. 事業の効果	※この事業を行うことで、どのような効果が期待できますか。
5. 申請の理由	※提案するに至った理由は何ですか。(社会的背景や市民ニーズ等)
6. 役割分担	※NPO がん患者団体支援機構には、どのようなことを協力してほしいですか。
7. 特記事項	※この事業の特徴や最も重視していることを記載してください。

第9回(2025年度)のぞみ基金助成事業予算書

単位：円

区 分		予 算 額	積 算 内 容
収入の部 (名称)			
補助金希望額			
収入予定額合計			
支出の部 (名称)			
補助 対象 経 費			
	(a) 小計		
補助 対象 外 経 費			
	(b) 小計		

以下の質問事項に関し、該当するものに☑して下さい。

- ・ 特定の医療機関、医師を支持、あるいは助成を受ける団体ではない
☐はい ☐いいえ
- ・ 承認、未承認にかかわらず、特定の治療法を支持、推進する団体ではない
☐はい ☐いいえ
- ・ 特定の健康食品、健康器具等を推奨、販売する団体ではない
☐はい ☐いいえ
- ・ 特定の政治団体、宗教等を支持、あるいは助成を受ける団体ではない
☐はい ☐いいえ

※追加する項目等があれば適宜追加するか、内容の修正等を行ってください。

※助成金の支払いは、助成決定後、あらためて請求書を出していただきます。

※助成金の支払いは原則として事業完了後ですが、相談に応じます。

※事業完了後、1か月以内に実績報告書を提出してください。