|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式2 |  |  |  |  |  |
| **団体情報（実行団体）** |
| **基本情報** |  |
| フリガナ |  |
| 団体名※法人格を含めた正式名称 |  |
| 設立年月日（西暦） |  | 法人格取得年月日※法人格を有する団体 |  |
| 事務所住所 | 郵便番号 | 都道府県 | 市区町村以下の住所※上段にフリガナ（番地を除く）ご記入ください |
|  |  |  |
|  |
| TEL |  | Email |  |
| WEBサイトURL |  |
| 申請団体の目的 |  |
| 申請団体の概要 |  |
| **代表者情報**※2名以上の場合は、全員分ご記入ください |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| **事業担当者情報**※代表者と異なる場合はご記入ください |
| フリガナ |  | 所属部署／役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL　※平日日中に連絡可能な番号 |  | Email |  |
| 事業内容に関わる経験等 |  |
| **組織構成** |  |
| 職員・従業員数※下記(A)(B)の合計 | 　　　名 | 監事設置 | 　[ ] 設置　　　[ ] 非設置 |
| 常勤職員数(A)※有給・無給問わず　 | 　　　名 | 非常勤職員数(B)※有給・無給問わず | 　　　名 |
| **資金管理体制　※決済責任者と通帳管理者は別の方がご担当ください** |
| フリガナ |  | 決済責任者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 決済責任者 氏名 |  |
| フリガナ |  | 経理担当者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 経理担当者 氏名 |  |
| フリガナ |  | 通帳管理者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 通帳管理者 氏名　 |  |
| **休眠預金事業への採択/申請歴** |  |  |  |
| 2019年度 | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に採択 |
| 2020年度（通常枠） | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に他事業で申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |  |
| [ ] 実行団体に他事業で採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| 新型コロナウイルス対応緊急支援助成 | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |
| [ ] 実行団体に採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| 新型コロナウイルス対応緊急支援助成（随時募集） | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |
| [ ] 実行団体に採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| **助成金等を受けて行っている事業の実績** |
|  |
| **その他** |
| 会計監査実施の有無 | [ ] 有り　　　[ ] 無し |
| 区分経理実施体制の有無 | [ ] 有り　　　[ ] 無し |

※行が足りない場合は追加いただいて構いません。

※説明を補足するためのPP資料等（10ページ以内）を添付いただくことも可能です。

※PDFの形式にしてご提出ください。

※コンソーシアムでの応募の場合は、その他の構成団体についても下記のフォームを複製してご記載ください。

※団体ごとにPDFの形式にしてご提出ください。

|  |
| --- |
| **団体情報（実行団体）** |
| **基本情報** |  |
| フリガナ |  |
| 団体名※法人格を含めた正式名称 |  |
| 設立年月日（西暦） |  | 法人格取得年月日※法人格を有する団体 |  |
| 事務所住所 | 郵便番号 | 都道府県 | 市区町村以下の住所※上段にフリガナ（番地を除く）ご記入ください |
|  |  |  |
|  |
| TEL |  | Email |  |
| WEBサイトURL |  |
| 申請団体の目的 |  |
| 申請団体の概要 |  |
| **代表者情報**※2名以上の場合は、全員分ご記入ください |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| **事業担当者情報**※代表者と異なる場合はご記入ください |
| フリガナ |  | 所属部署／役職 |  |
| 氏名 |  |
| TEL　※平日日中に連絡可能な番号 |  | Email |  |
| 事業内容に関わる経験等 |  |
| **組織構成** |  |
| 職員・従業員数※下記(A)(B)の合計 | 　　　名 | 監事設置 | 　[ ] 設置　　　[ ] 非設置 |
| 常勤職員数(A)※有給・無給問わず　 | 　　　名 | 非常勤職員数(B)※有給・無給問わず | 　　　名 |
| **資金管理体制　※決済責任者と通帳管理者は別の方がご担当ください** |
| フリガナ |  | 決済責任者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 決済責任者 氏名 |  |
| フリガナ |  | 経理担当者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 経理担当者 氏名 |  |
| フリガナ |  | 通帳管理者　勤務形態 | [ ] 常勤　　　[ ] 非常勤 |
| 通帳管理者 氏名　 |  |
| **休眠預金事業への採択/申請歴** |  |  |  |
| 2019年度 | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に採択 |
| 2020年度（通常枠） | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に他事業で申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |  |
| [ ] 実行団体に他事業で採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| 新型コロナウイルス対応緊急支援助成 | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |
| [ ] 実行団体に採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| 新型コロナウイルス対応緊急支援助成（随時募集） | [ ] 資金分配団体に採択　 | [ ] 実行団体に申請中 |
| 申請している資金分配団体名を記入してください |
|  |
| [ ] 実行団体に採択 |
| 採択された資金分配団体名を記入してください |
|  |
| **助成金等を受けて行っている事業の実績** |
|  |
| **その他** |
| 会計監査実施の有無 | [ ] 有り　　　[ ] 無し |
| 区分経理実施体制の有無 | [ ] 有り　　　[ ] 無し |