

令和7年8月吉日

令和7年度 公益財団法人森田記念福祉財団

福祉活動支援金の募集要項

奈良県内で社会福祉の増進と発展のために活動をされている団体に対して、より効果的に事業を推進するための運営資金の助成事業を行います。

1. 対象団体

地域福祉活動を目的とする任意団体、NPO 法人、ボランティアグループ等複数の個人で運営する組織。奈良県下で主に活動をしている団体。

2. 事業実施期間

令和7年8月1日～令和8年7月31日の間に実施する福祉活動
それ以後も継続して実施される活動でも可とする。

3. 助成金額

1 助成の上限金額 50万円（助成の件数については20件程度になります）
当財団の選考委員会で選考方法に基づいて支援の実施、金額について決定します。

次のいずれかに該当する事業、経費は対象外とします。

- ① 国または地方公共団体が実施する事業または実施を委託する事業
- ② 奈良県外で行われる事業
- ③ 個人の生活にかかる経費
- ④ 物品や備品購入のみを目的とした事業（活動に対する助成が主な目的です）

4. 選考方法

公益財団法人森田記念福祉財団において行います。

- ① 書類選考を財団事務局において行います。（対象外のチェック）
- ② 福祉活動支援金選考委員会で最終選考を行い可否及び支援金額を決定します。

5. 選考基準

- ・ 具体的な使用目的が明確で取り組みたい事業が明らかであること。
- ・ 支援があれば実行可能な計画であること
- ・ 本助成金が終了後も継続して取り組みが行えるように計画が立てられていること
- ・ 助成金を有効かつ適正に執行できること

6. スケジュール

【申込受付期間】

令和 7 年 8 月 1 日～9 月 30 日当日消印有効

持参の場合の受付期間は、平日 10 時～15 時までで事前にご連絡下さい。

※可能な限りお早めに申請してください。

【選考】

① 書類選考

申請書類に不備がないか、対象団体に該当するか、本助成の趣旨に合っているかを書類で確認します。10 月中旬までに書類選考を行い、書類審査通過した団体は、
②公益財団法人森田記念福祉財団選考委員会 へ進み審査を行います。

② 福祉活動支援金選考委員会（財団執行理事 6 名で構成）

公益財団法人森田記念福祉財団選考委員会にて当財団の選考基準に従って審査を行います。採択・不採択と支援金額を決定します。

尚、不採択にかかわる理由はお知らせできませんので予めご了承ください。

10 月末までに決定して、審査結果を文書でご通知します。

【送金日】 福祉活動支援金の申込書に書かれた必要月に振込を基本とします。

【採択後】

- ① 支援後の事業活動についての報告を目的として期中に 1 回当財団にご来団頂くか報告書を郵送願います。尚、報告内容について質問させて頂く場合があります。

8. 申込方法

- ① 別紙、「福祉活動支援金申請書」
- ② 『設立趣意書』『事業申請書』『団体概要書』『定款』などいずれか事業の全容がわかる資料。
- ③ 2024 年度の決算書、今期の予算書、それに準ずる事業収支実績がわかる資料。
- ④ 貴事業所紹介のパンフレット等があれば同送ください（任意）

上記書類をあわせて下記宛に郵送をお願いします。

提出頂いた書類の返却はできません。申請書の受理の連絡は当財団からは致しません。

〒631-0003 奈良県奈良市中登美ヶ丘 2 丁目 1984-40

公益財団法人 森田記念福祉財団 事務局

TEL (0742) 53-9160

福祉活動支援金の申請書

令和7年 月 日

公益財団法人森田記念福祉財団
理事長 森田 祥子 様

この度、貴財団に対して下記の通り、福祉事業助成金を申込み致します。

記、

必要とする支援金額	円		
①上記の希望金額の支援を支援 を必要とする事業名と理由 ②希望金額の使用予定明細 （ <u>希望金額の必要月も明記</u> ） ③申請事業の人件費について は、明細を添付下さい。	事業名		
申請者事業所名			
団体分類	1.任意団体 2.NPO法人 3.その他（ ）		
設立年月日		会員数	
今期助成を受けている団体名 すべて（当財団も含む）			
代表者名		担当者名	
郵便番号・住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス	@		

事業所名

代表者名

代表者
印