

申請者 住所  
団体名  
代表者名

次のとおり、神奈川県子ども食堂応援事業協力金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

団体名 （団体名がない場合は空欄）	
代表者氏名	フリガナ 氏名
連絡先 （こちらの連絡先に県から確認の連絡、通知等の送付をします）	担当者（フリガナ）： 住所：〒           －  電話：                 (          ) ※日中、県からの連絡がとれる電話番号を御記載ください。 FAX：                 (          ) メールアドレス：
団体種別 〔 〕に○を記入、その他の場合は具体的に記入	社会福祉法人〔 〕 NPO法人〔 〕 任意団体〔 〕 医療法人〔 〕 学校法人〔 〕 宗教法人〔 〕 個人〔 〕 その他〔                      〕

名称	
活動開始年月	年 月
開催場所	
開催日時 (定期／不定期)	
開催形式 〔 〕に○を記入	会食〔 〕 弁当配付〔 〕 食材配付〔 〕

