

## 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			
------	--	--	--

氏名		所属部署／役職	
TEL ※平日日中に連絡可能な番号		Email	
事業内容に関する経験等			

### 組織構成

職員・従業員数 ※下記(A)(B)の合計	名	監事設置	<input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
氏名			
フリガナ		経理担当者 勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
氏名			
フリガナ		通帳管理者 勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
氏名			

### 休眠預金事業への採択/申請歴

2019 年度	<input type="checkbox"/> 資金分配団体に採択	<input type="checkbox"/> 実行団体に採択
2020 年度（通常枠）	<input type="checkbox"/> 資金分配団体に採択	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 資金分配団体に採択	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
区分経理実施体制の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し