

2024年 月 日

公益財団法人 福井銀行教育福祉財団 宛
(福井銀行ブランド戦略チーム 経由)

助 成 申 請 書

申請者名 (学校 または 社会福祉法人の名称)

印

代表者名 (校長先生 または 理事長様のお名前)
(ふりがな)

住 所
〒

電話番号

(ご担当者名)

1. 申請理由 (具体的に記載してください)

①活用方法

②本件機材の使用対象者数

③見込まれる効果

2. 申請機材の内容 (発注される業者の消費税込の見積書と機材のカタログを添付してください)

申請機材は、生徒(高等学校)または入所・通所されている障がい者の方(社会福祉法人)が使用されるものを選定してください。職員の方が使用される機材については、審査対象外とさせていただきます。

< 機 材 名 >

< 数 量 >

- ①
- ②
- ③