

公益財団法人川野小児医学奨学財団
令和元年度 小児医療施設支援 【募集要項】

1. 趣 旨	医療施設に入院中の小児患者のQOL（生活の質）向上のため、それに要する活動および設備の充実に必要となる費用に対して、医療施設へ助成金を交付する
2. 応募資格	原則として埼玉県内にある医療施設
3. 助成内容	助成金額は1件15万円を上限とする
4. 応募方法	当財団ホームページよりダウンロードした所定のフォーマットに記入し当財団に1部送付する ※必ず令和元年度用のフォーマットを使用し、印刷範囲を確認の上印刷してください ※原則として応募書類は返却しません
5. 応募先	〒350-1124 埼玉県川越市新宿町1-10-1 公益財団法人川野小児医学奨学財団 事務局 宛
6. 応募受付期間	令和元年8月1日～10月31日（当日消印有効）
7. 選考方法	選考委員会において選考し、理事長が理事会にて当該年度に承認された小児医療施設支援総額の範囲内でこれを実施する
8. 採否の通知	令和元年12月中に、応募者宛てに採否を通知する
9. 交付者の報告等の義務	令和2年3月31日までに、助成金の使途に関する報告書を提出すること
10. 問い合わせ先	公益財団法人川野小児医学奨学財団 事務局 電 話： 049-247-1717（平日10時～16時） e-mail: info@kawanozaidan.or.jp