

【募集要項】

2025 年度 医師・地域連携 子ども支援助成 ー子どものこえからはじまるアドボカシー活動ー

1. 趣 旨	子どもの健やかな成長を実現するため、医師が地域と協働して行うアドボカシー活動（子どものこえの代弁者としての活動）に対して助成金の交付を行います。
2. 対象活動	次の要件をいずれも満たすものとする (1) 小児科医、および子どもにかかわる医師が、その専門職の活動の中で得た「子どものこえ」を通じて明確化した、子どもの身体的、心理的、社会的な問題の解決を目的とする活動であること (2) 小児科医、および子どもにかかわる医師が、地域と協働して取り組む活動であること ※上記の医師は日本国内の医療機関に所属しているものとします ※活動は、日本国内で行われる、非営利かつ公益性の高い、具体的なものを対象とします ※団体や個人そのものに対する賛助金、協賛金、年会費等は対象になりません ※地域とは、学校、行政、自治会、NPO などとします
3. 応募資格	次の要件をいずれも満たすものとする (1) 活動を行う母体が2名以上で構成され、代表者、副代表者を立てること (2) 代表者および副代表者のいずれも小児科医もしくは子どもに関わる医師であること (3) 「4. 推薦者」に認められる者からの推薦を受けていること (4) 申請する活動に関わる構成員が反社会勢力等に該当しないこと ※1回の申請期間中に代表者または副代表者からの申請は1回までとします
4. 推 薦 者	取り組む活動分野に精通する専門家（医師、行政担当者、教育現場担当者など）や申請者の上長などからの推薦が必要
5. 助成内容	(1) 助 成 金 額 : 1件70万円を上限 (2) 助成の期間 : 2025年10月～2027年3月 (3) 助成金の使途 : 活動に直接必要な経費 ※例) 消耗品費: 筆記用具、コピー紙等、旅費: 交通費、宿泊費等、謝金: 講演料等 委託費: 自団体では実施不可能な作業費、通信運搬費: 郵便物の送料等、印刷製本費: 印刷代、会議費: 会場の利用料等 (4) 交 付 先 : 原則、代表者もしくは副代表者の所属先の口座または申請団体の口座 ※所属先の口座に振込が出来ないまたは申請団体の口座がない場合はご相談ください ※原則、代表者および副代表者以外が経理を担当してください (5) 交 付 時 期 : 交付決定後、すみやかに指定口座に振り込み (6) 非資金的支援 : 以下のとおりを予定 ・ 財団事務局との定期的な面談の実施 ・ 採択団体が集まり、協働や学びあいが生まれる機会の提供

6. 応募方法	「子ども支援助成申請フォーム」に必要事項を記入のうえ、申請書および活動の補足資料（任意）を同フォームよりアップロードしてください
7. 応募受付期間	2025 年 6 月 2 日（月）～7 月 15 日（火）
8. 利用規約および個人情報の取扱	子ども支援助成申請フォーム上の「個人情報の取扱に関する同意条項」および「システム利用規約」に同意した上で、申請すること
9. 選考方法	多職種から構成される 4 名の専門家にて選考を実施し、理事長が理事会にて当該年度に承認された支援総額の範囲内でこれを実施する
10. 採否の通知	審査後、9 月中旬に代表者へメールにて通知
11. 採択者の義務	採択者には次の要件を義務とします (1) 活動進捗の報告（3 ヶ月～4 ヶ月に 1 回を予定）や訪問、ヒアリング等への対応 (2) 活動完了報告書および会計報告書（領収書のコピーを含む）や制作物の提出 (3) 公開発表会での口頭発表 (4) 取材への協力 (5) 活動内容の当財団ホームページや事業報告書等での公開 (6) 本助成事業に関わる印刷物や制作物、発表資料等に当財団の名称やロゴマークを記載・付与すること
12. 助成金交付の取り消し・一部返還	以下の事項が発生した場合は助成金交付の取消又は一部返還を求めることがあります (1) 申請書に虚偽の記載などがある場合 (2) 申請内容に大幅な変更が生じて連絡がない場合 (3) 助成期間内で活動を中止した場合 (4) 必要書類の提出を怠った場合 (5) その他本助成事業にふさわしくないと理事長が判断した場合
13. お問い合わせ	公益財団法人 川野小児医学奨学財団 事務局 Mail : info@kawanozaidan.or.jp Tel : 049-247-1717

以上