

**※ 行や列の追加は絶対にしないでください ※**  
**Excelでアップロードしてください**  
**A4サイズで印刷した際に文字が枠内に収まるように文字数を調節してください**

下記のとおり、小児医療施設支援に関する助成金交付に申請いたします。

**申請内容に不備があった場合等、財団と直接やり取りされる方を記入してください**

**1. 申請担当者情報**

担当部署	事務局		
氏名	財団 太郎	役職	主任
郵便番号 <small>※ハイフンあり</small>	123-4567	都道府県	埼玉県
市区郡	川越市	町名番地	新宿町1-10-1
建物名	ヤオコーサポートセンター		

**2. 子どもたちのQOLに関する課題**

※貴施設に入院・入所をしている子どもたちのQOLに関して、現在の困りごとや解決したい課題等について具体的に記入してください

(例) 当施設に入院をしている子どもたちの年齢は乳児期から思春期まで幅広い。それぞれの年齢や発達にあった遊びを提供したいが幼児用の物品に偏っている。そのため、環境を整えたい。

**3. 申請額および申請内訳 (上限15万円迄)**

円 半角数字で記入してください

≪内訳≫

品名および数量		金額 (税込)	備考
A	おもちゃ 5つ		<b>消費税を含めた額で記入してください</b>
B			
C	<b>出来るだけ大きな項目にまとめて記入してください</b> (例) 絵本 10冊 おもちゃ 5個		円
D			円
E			円
F			
G			
合計金額			円 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">計算式が入っておりますので入力不要です</span>

**4. 期待される効果**

※3. に記入した申請内容を取り入れることにより、期待される効果を具体的に記入してください  
 なお、全申請内容について漏れがないように効果を記入してください

(例) Aで記載したおもちゃは、子どもたちの年齢や発達に合った遊びを提供でき、制限の多い入院生活のストレスを軽減、不安や否定的な感情を軽減する効果が期待できる。  
 Bで記載した●●は…

**全ての申請内容について、漏れなく効果を記入してください**

# 小児医療施設支援申請に関する提出書

本書類の提出日を記入してください

令和 年 月 日

公益財団法人川野小児医学奨学財団

理事長 川野幸

※ PDFでアップロードしてください ※  
原本の郵送は必要ありません

施設名：

住所：

施設長役職：

施設長氏

施設情報を記入していただき、  
公印の押印をお願いいたします

(公印)

小児医療施設支援に申請するため、下記の書類を提出いたします。

記

1. 小児医療施設支援申請書
2. 購入物品詳細資料

以上