

申請書 記載要項

※申請前に、**募集要項【申請条件】**、**【採択後の注意事項】**を必ず熟読ください。

※申請書はホームページからご提出ください。(難しい場合は、郵送またはメール添付にて提出)
申請書はワープロまたはボールペンで記入してください

【 団 体 名 等 】事業を実施する団体名を記入してください。

在宅医療を推進したい法人、専門機関等の組織的な団体が申請対象となります。

【 申 請 者 】**事業を実施する代表者名の記入**をお願いします。

郵便番号、住所、ご連絡先等、空欄は全て必須事項となります。

「所属機関」は主な所属先を一箇所のみ記入してください。

【 事 務 連 絡 責 任 者 】郵送物、メールの宛て先となります。

申請者以外で、財団事務局と連絡を取ることのできる方の連絡先を記入ください。(申請者が行う場合は、「同上」と記入ください。)

主な連絡手段はメールとなりますので、必ずメールアドレスを記入ください。

原則的に申請者、事務連絡責任者以外の方からのお問い合わせには対応できません。

【 企 画 内 容 】いずれかにチェックをお願いします。

①全国を視野においた病院医師、臨床研修医、かかりつけ医を中心とした
在宅医療に関するモデル的な研修

②全国普及を目指すにふさわしい在宅医療・介護に関与する市町村職員、
専門職研修プログラム開発のためのモデル的な研修

【 タ イ ト ル 】催事名を簡潔に記入してください。(仮称タイトル可、副題含め70文字程度まで)

【 助 成 申 請 金 額 】申請金額を記入してください。(【助成金使途内訳】の合計金額と一致)

【団体名等】 団体名、代表者名、ならびに団体の在宅医療活動について箇条書きで記入してください。

(事業概要含め
1ページ以内)

【事業概要】 事業の概要として下記の事項等を記入してください。

(団体紹介含め
1ページ以内) ①目的と狙い、②実施理由(背景)、③必要性、④現状分析と把握している内容、
⑤基本構想、⑥具体的な実施内容等についての全体像

【事業計画】 事業計画として目的を実現するために必要な下記の事項等を記入してください。

(1ページ以内) ①具体的な実施方法、②組織(実行責任者と役割)と事務局体制、
③対象(ターゲット)、④実施場所、⑤実施期間と具体的なスケジュール
※事業計画の変更は、財団への事前の相談事項となります

【期待される成果・事業の目的が実現されたときに期待される下記の事項等を記入してください。

波及効果・継続性】 ①事業の成果(影響力)、②在宅医療に波及し、活用されると考えられるエンド
ポイント、③継続性

【助成金使途内訳】 「謝金、旅費交通費、会議費、通信運搬費、印刷通信費、賃借料、作業費、会場費、消耗品
費、図書費、委託費、手数料、雑費その他」の科目(のみ)に区分し、「算出根拠など」の欄
には、各科目の具体的かつより詳細な目的、日付、単価、人数(回数)等について記入くだ
さい。

・募集要項【研究助成金の科目一覧】を必ず熟読ください。

・採択後に、申請書された助成金使途内訳と異なる支出は原則できませんので、ご注意ください。

・合計金額は必ず助成申請金額と一致するようお願いいたします。

【申請者の自己紹介】 所属機関等の履歴ではなく、現在どのように在宅医療等に関わられているか等
をご自由に記入してください。

【類似テーマでの他機関への助成申請の有無】 他機関への重複申請について必ず記入ください。

・助成対象となった研究について、類似テーマで他機関から助成を重複して受けることはでき
ません。もし他機関からの助成が認められた場合は、当財団の助成を辞退いただく場合もあ
ります。

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
理事長 住野 耕三 殿

2021年度(前期)指定公募
「在宅医療推進に寄与するモデル的な研修・セミナーへの助成」

申請日:2021年4月23日

団体名					
【申請者】	ふりがな	ゆうみ たろう		(西暦)生年月日	性別
	氏名	勇美 太郎		1999年 7月 1日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	所属機関	公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団		職位/職名	副院長・医師
	所属機関所在地	〒 102 - 0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館 [TEL](03) 5226 - 6266 内線 なし [FAX](03) 5226 - 6269 [E-Mail]yuumizaidan@nifty.com			
【事務連絡責任者】	ふりがな			代表者との関係	
	氏名				
	連絡先	〒 - 同上		主に財団事務局と連絡を取られる方の連絡先を記載してください。申請者本人の場合は「同上」と記載してください。メールアドレスは必須となります。	
		[TEL]() -			
		[FAX]() -			
		[E-Mail]			

いずれかを選択してください

	1)全国を視野においた病院医師、臨床研修医、かかりつけ医を中心とした在宅医療に関するモデル的な研修
	2)全国普及を目指すにふさわしい在宅医療・介護に關与する市町村職員、専門職

【タイトル】

当財団に申請する助成金額を記入してください。
【助成金使途内訳】の合計金額と一致するようにしてください。

【助成申請金額】 1,000,000 円 (開催総額: 円)

【助成申請金額】と(開催総額)が異なる場合は(開催総額)も記入し、また【研修会の日程・内容、期待される効果・波及効果】にその理由を明記してください。
※例：差額は自己負担にて開催

【団体名、活動等】		
団体名、代表者名、ならびに団体の在宅医療活動について箇条書きで記入してください。 <事業概要含め、1ページ以内で作成してください。>		
【事業概要】		
事業の概要として下記の事項等を記入してください。 ①目的と狙い、②実施理由（背景）、③必要性、④現状分析と把握している内容、⑤基本構想、⑥具体的な実施内容等についての全体像 <表等の貼付可能です。団体紹介含め1ページ以内で作成してください>		
【事業計画】		
事業計画として目的を実現するために必要な下記の事項等をご記入ください。 ①具体的な実施方法、②組織（実行責任者と役割）と事務局体制、 ③対象（ターゲット）、④実施場所、⑤実施期間と具体的なスケジュール <図や表の貼付も可能です。1ページ以内で作成してください。>		
【期待される効果等】		
事業の目的が実現されたときに期待される下記の事項等をご記入ください。 ①事業の成果（影響力）、②在宅医療に波及し、活用されると考えられるエンドポイント、③継続性 <図や表の貼付も可能です。1ページ以内で作成してください。>		
【助成金使途内訳】		
科 目	金 額	算出根拠など
通信費	420,000 円	広報活動のための切手代 @84 * 500箇所程度
旅費交通費	合計が1枚目の【助成申請金額】と一致するようにしてください。 「謝金、旅費交通費、会議費、通信運搬費、印刷通信費、賃借料、作業費、会場費、消耗品費、図書費、委託費、手数料、雑費その他」の科目（のみ）に区分し、「算出根拠など」の欄には、各科目の具体的かつより詳細な目的、日付、単価、人数（回数）等について記入ください。 採択後に、申請書された助成金使途内訳と異なる支出は原則できませんので、ご注意ください。	
謝金		
会場費		
合 計	1,000,000 円	← 1ページ目の助成申請金額と一致
【申請者の自己紹介】		
所属機関等の履歴ではなく、現在までどのように在宅医療に接してこられたのかを記入してください。		

<次ページより申請書(原本)となります>



公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
理事長 住野 耕三 殿

2021 年度(前期)指定公募
「在宅医療推進に寄与するモデル的な研修・セミナーへの助成」

申請日： 年 月 日

団体名						
【申請者】	ふりがな				(西暦)生年月日	性別
	氏名				19 年 月 日生	男 女
	所属機関				職位/職名	
	〒	—				
所属機関所在地	[TEL] ()	—	内線			
		[携帯] ()	—			
		[FAX] ()	—			
		[E-Mail]				
【事務連絡責任者】	ふりがな				代表者との関係	
	氏名					
	所属機関				職位/職名	
	〒	—				
連絡先	[TEL]()	—	内線			
		[FAX]()	—			
		[E-Mail]				

いずれかを選択してください

1) 全国を視野においた病院医師、臨床研修医、かかりつけ医を中心とした
在宅医療に関するモデル的な研修

2) 全国普及を目指すにふさわしい在宅医療・介護に關与する市町村職員、
専門職研修プログラム開発のためのモデル的な研修

【タイトル】

【助成申請金額】		円	(開催総額:		円)
----------	--	---	--------	--	----

【団体名、活動等】

【団体名・代表者名】

【在宅医療活動】(箇条書き)

【事業概要】目的、背景、必要性、

①目的と狙い、②実施理由(背景)、③必要性、④現状分析と把握している内容、
⑤基本構想、⑥具体的な実施内容等についての全体像

【上記、記入内容は削除の上、ご作成ください】

【事業計画】実施方法・日時、組織と事務局体制、対象、他

- ①具体的な実施方法、②組織(実行責任者と役割)と事務局体制、
③対象(ターゲット)、④実施場所、⑤実施期間と具体的なスケジュール
※事業計画の変更は、財団への事前の相談事項となります

【上記、記入内容は削除の上、ご作成ください】

【期待される成果(影響力)・波及効果・継続性】

- ①事業の成果(影響力)、
- ②在宅医療に波及し、活用されると考えられるエンドポイント
- ③継続性

【上記、記入内容は削除の上、ご作成ください】

【助成金使途内訳】予算計画		
・募集要項【研究助成金の科目一覧】を必ず熟読ください ・採択後に助成金使途内訳と異なる助成金の支出はできませんので詳細を記入してください		
科 目	金 額	算出根拠など
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
合 計	円	← 1ページ目の助成申請金額と一致

【申請者の自己紹介】

【類似テーマでの他機関への助成申請の有無】

	機 関 名 称	助 成 金 名 称	採否決定の時期
①			
②			