

新型コロナウイルス対応緊急支援助成 団体情報（実行団体）

基本情報

フリガナ			
団体名※法人格を含めた正式名称			
設立年月日 (西暦)		法人格取得年月日 ※法人格を有する団体	
事務所住所	郵便番号	都道府県	市区町村以下の住所 ※上段にフリガナ（番地を除く）ご記入ください
TEL(代表)		Email(代表)	
WEB サイト URL			

代表者情報 ※2名以上の場合は、全員分ご記入ください

フリガナ		役職	
氏名			
フリガナ		役職	
氏名			
フリガナ		役職	
氏名			

事業担当者情報 ※代表者と異なる場合はご記入ください

フリガナ		所属部署／役職	
氏名			
TEL ※平日日中に連絡可能な番号		Email	
事業内容に関わる経験等			

組織構成

職員・従業員数 ※下記(A)(B)の合計	名	監事設置	<input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 非設置
常勤職員数(A) ※有給・無給問わず	名	非常勤職員数(B) ※有給・無給問わず	名

資金管理体制 ※決済責任者と通帳管理者は別の方がご担当ください

フリガナ		決済責任者 勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
決済責任者 氏名			
フリガナ		経理担当者 勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
経理担当者 氏名			
フリガナ		通帳管理者 勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
通帳管理者 氏名			

休眠預金事業への採択/申請歴

<input type="checkbox"/>	2019年度資金分配団体に採択	<input type="checkbox"/>	2019年度実行団体に採択
<input type="checkbox"/>	2020年度資金分配団体(通常枠)に申請中	<input type="checkbox"/>	なし
<input type="checkbox"/>	第1期コロナウイルス対応緊急助成の他の資金分配団体に事業を申請中または検討中	左記設問にチェックが付く場合は、申請している、または申請を検討している資金分配団体名を下記に記入してください	

助成金等を受けて行っている事業の実績

--

その他

会計監査実施の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
区分経理実施体制の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し