

公益財団法人 がんの子どもを守る会
2016 年度 A)小児がん経験者の会に対する活動支援金 申請書

申込締切：6月24日(金)必着 締切後に到着した場合は助成の対象となりませんのでご注意ください。

申請日 2016 年 月 日

経験者の会名称	会員数： 代表者：	
連絡先	氏名	
	住所 〒	
	TEL	FAX
	E-mail	
助成金申込の目的		
会の運営費について	*会費徴収 あり（会費： 円/月・年） ・ なし *他からの支援 あり ・ なし ↳（具体的に：)	
希望額	円 （上限 2 万円）	
使途		
振込先	銀行	支店 普通・当座 口座番号
	フリガナ	
	名義	

<送付先>

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-3-12

公益財団法人がんの子どもを守る会 小児がん経験者の会支援金担当