～申請書記入にあたり～

「募集要項」および下記の注意点を参考に、申請書を作成してください。

（１）冊子、パンフレット、アンケート調査等を予定している場合

◆具体的な構想を記載してください（テーマ、目次、設問内容、構成等）

◆作成する部数や配布先を具体的に記載してください。

◆印刷物だけでなく、インターネットによる公開や配信の有無も記載してください。

＊マニュアル等の更新頻度の高いものは、インターネットでの公開を推奨します。

◆特に啓発用冊子を発行する場合は、医学的な内容が含まれることから、医師など専門家に

よる監修や執筆参加が必須です。必ず監修者名（予定）を記載してください。

（２）講演会や医療相談会を予定している場合

◆「テーマ」「講師」「会場」「参加対象者」「参加者数」「参加費の有無（金額）」等を具体的に

記載してください。

◆その他、講演会や医療相談会を通じて得られた成果を、広く発信する工夫をお願いします。

＊「インターネット配信」等、新型コロナウィルス感染症の動向に関わらず開催できる方法を

推奨します。（リアルとオンラインのハイブリッド開催、オンライン開催等 ）

（３）過去に複数回採択された団体で継続して申請いただく場合

◆継続して申請する場合は、これまでの採択事業からの進化や違いがわかる記載をお願いします。これまでに得た気づきや新たな課題について記載し、それを踏まえた事業内容であることを意識してください。

◆過去に採択された事業と同一とみなせる事業を申請する場合は、3回まで。

（４）その他

◆助成対象となる経費については、「助成対象経費ガイドライン」を参照ください。

|  |
| --- |
| **１．団体の概要** |
| 法人格 | 有　　・　　無（任意団体） |
| 団体名 | ※法人格を含む正式名称（定款等に記載の正式名称を記載してください）**（ﾌﾘｶﾞﾅ）**団体名 |
| 設立年月 | 西暦　　　　　年　　　月　　※2024年4月現在で設立１年未満は申請できません |
| 代表者 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　**（ﾌﾘｶﾞﾅ）**役職：　　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 団体の所在地 | 〒 |
| 申請内容の問い合わせ先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　**(ﾌﾘｶﾞﾅ)**役職：　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| TEL |  | E-mail |  |
| 活動対象とする主な疾患 | 指定難病　告示番号　 　　　　　　疾患名： |
| 役員（顧問除く）への医師就任有無 | 有　　　・　　　無 |
| 「有」の場合　（１）報酬の有無　　 　有　・　無（２）具体的な役割 ( ) |
| 事務局体制 | 事務局は何名で稼働していますか |  | 名 |
| 上記のうち、有給のスタッフ数 |  | 名 |
| 上記のうち、無給のスタッフ数 |  | 名 |
| 会員数 | 個人 |  | 名 |
| 企業・団体 |  | 社 |
| □会員制ではない |
| 団体の目的（ミッション） | ※団体で正式に明文化されたもの（定款など）を簡潔に記入してください。（字数上限150字） |
| 直近の主な活動状況 | （字数上限 150字）（１）（２）（３） |
| 前年度（2023年度）の決算最新の決算書の内容を記載 | 前期繰越金（A） |  | 円 |
| 収入額（B） |  | 円 |
| 支出額（C） |  | 円 |
| 繰越金（A＋B-C） |  | 円 |
| 今年度（2024年度）の予算最新の予算書の内容を記載 | 収入額（前期繰越金除く） |  | 円 |
| 支出額 |  | 円 |
| 手のひらパートナープログラムへの申請状況※いずれかを選択 | □申請したことがある　　□採択されたことがある　　□申請したことは無い |
| 主な助成金採択実績 | ※手のひらパートナープログラムを除く、過去1～2年の助成実績について記載ください。（例：2023年度　○○財団　○○助成金プログラム） |
| **２．申請事業の内容****事業内容は審査の重要な部分になります。曖昧にならないよう、明瞭簡潔にまとめてください** |
| 申請事業名＊内容を端的に示す名称 | （字数上限40文字） |
| 申請事業の種別 | 【種別①】＊いずれかを選択□新規に取り組む事業　　□従来事業の発展、改善 |
| ※従来事業の発展、改善の場合、具体的にこれまでとのつながり、違いなど、発展、改善したい点を記載（字数上限150字） |
| 【種別②】複数回答可□療養環境の向上をめざす活動□就学／就労等、社会参加を支援する活動□難病に対する、一般の人たちの理解や支援を促進する活動□難病に対する、一般社会への疾患啓発をはじめ早期診断医療へのアクセスを促進する活動□運営母体の強化（人材育成、会員拡大等）に対する活動□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業の主な支援対象者 | □難病患者／患児□ご家族□医療従事者、保健師、介護士等□学校および教育関係者□行政職員□一般の方々□運営母体のスタッフ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請事業の目的 | ●申請事業が最終的に、どんな状態を目指すのかを簡潔に記載（字数上限150字） |
| 課題・背景 | ●解決したい課題および、その課題によって、誰がどんな問題を抱えているのか、端的に記載　（字数上限150字） |
| 申請事業の内容 | 上記の課題を解決するために実施する内容について、具体的に記載（いつ、どこで、何を、誰に対して、どのように行うのか）※新しい視点、工夫を意識してください※冊子やパンフレット、アンケート調査は、目次や構成案等を記載してください（書ききれない場合は、別添ください） |
| ●成果物　※活動の結果、生み出されるもの例：ガイドブック、調査報告書、〇〇の整備、医療講演会〇〇回　など |
| ●達成したい目標（課題解決につながる成果）（１）定性目標　例：〇〇について知識を得る、〇〇が前向きな意欲を持てる（２）定量目標（数値・指標）　例：アンケート回収率、参加者数、相談者数、問い合せ数、会員数が〇件増加など |
| 事業の進め方（スケジュール） |  |
| 実施体制 | ※役割分担、連携先、監修者など　（字数上限200字） |
| 実施後に期待される効果と展望 | ●事業の結果として生じると思われる地域社会、自団体（会員）、患者家族などへの影響、変化（字数上限200字） |
| ●助成終了後に事業をどのように継続（体制や資金面含め）し、発展させていくのか（字数上限200字） |

|  |
| --- |
| **３．助成金の申請額と収支見込（適宜、行を追加してください）** |
| **（１）助成申請金額** | 　　　　　　　　　　　　　　　　 万円（**1万円未満切捨。上限100万円）** |
| **（２）収入:事業予算　（単位：円）** |
| 費目 | 金額 | 資金提供元と内訳 |
| 本助成金 | 円 |  |
| 自己資金 | 円 |  |
| 他の民間資金 | 円 |  |
| 行政からの資金 | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
| 収入合計 | 円 |  |
| **（３）支出：事業費用（単位：円）** |
| 費目 | 金額 | 内訳・積算根拠、単価・人数他 | （うち本助成金からの活用額※） |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 合計 | 円 |  | 円　  |

収入と支出の合計額は一致させること

※各費目について、事業費用のうち本助成金から活用する金額もご記入ください。

**「申請要領」および以下の内容をご確認の上、☑してください。**

□記載漏れや誤記載、計算間違い、筋道の通らない記載などは見直しました。

□手のひらパートナープログラム助成金は、申請書に沿って適正に使用し、領収書等を提出します。また目的外は使用いたしません。

□手のひらパートナープログラム助成金期間終了後は、所定の報告書を2026年４月末日までに提出いたします。

□田辺三菱製薬グループの「患者団体との関係の透明性に関する指針」に従って助成金額、団体

名を田辺三菱製薬株式会社のウェブサイト等を通じて情報公開されることに同意します。
□手のひらパートナープログラムの選考結果について、異議を申し立てません。

□下記の添付資料を添付のうえ、申請いたします。（※は提出が必須）

|  |
| --- |
| **提出資料**（注）添付資料は、申請内容を補完する資料として取り扱います。なお、ご提出いただきました書類一式は、返却いたしませんので、予めご了承ください。 |
| 添付資料（※印は必須） | □　定款、会則または、会則に準ずるもの・設立趣意書　（※）□　役員名簿　（有職者の場合は、職業を記載すること）（※）□　最新の事業計画・予算書　（※）□　最新の事業報告・決算書　（※）□　業者見積書（会場費、印刷費、物品購入費、業務委託費等 がある場合）□　その他、申請事業や団体概要がわかる資料、新聞記事等 |

以下の申請フォームより、申請書および提出資料を送信してください。

<https://www.philanthropy.or.jp/tenohira/>

※複数回送信すると、それぞれ別の申請として登録されるのでご注意ください。

【申請に関するお問い合わせ】

「田辺三菱製薬 手のひらパートナープログラム」事務局

公益社団法人 日本フィランソロピー協会

TEL：03-5205-7580　　FAX：03-5205-7585　　E-mail：tenohira@philanthropy.or.jp

|  |
| --- |
| **アンケート**田辺三菱製薬は、患者さんのQOL向上をめざし、2012年より当プログラムによる支援を行ってきました。今後のさらなる支援に役立てていくための簡単なアンケートにご回答をよろしくお願いします。なお、回答内容は選考に一切影響いたしません。 |
| 本助成金を知ったきっかけ（複数回答可） | □田辺三菱製薬手のひらパートナープログラム事務局からの案内□田辺三菱製薬ホームページ□日本フィランソロピー協会ホームページ□三菱ケミカルグループ・田辺三菱製薬発信のSNS□上部組織団体からの情報　　　　□難病連からの情報□保健所からの情報□社会福祉協議会からの情報□その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者さんのQOL向上において、特に支援が必要と感じているテーマがありましたら、お聞かせください。 | （任意） |
| 交流会イベントを開催する場合、参加を希望されますか？ | （任意）□希望する　　　　□希望しない★参加する場合、どのようなテーマ（知りたいこと・話したいこと）を希望されますか |

**アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。**