

平成30年度 「シニアボランティア活動助成」

「ビジネスパーソンボランティア活動助成」実施要領

主催 公益財団法人 大同生命厚生事業団
後援 厚生労働省 ほか

◆◇「シニアボランティア活動助成」◆◇

助成趣旨	シニア(年齢 満60歳以上)のボランティア活動を支援することにより、シニアのボランティア活動の振興と社会福祉の向上に寄与することを目的とする。
応募資格	社会福祉の推進に役立つボランティア活動を行っているか、または行おうとするシニア(年齢 満60歳以上)が80%以上のグループ(NPO法人を含む)。 ただし、過去5年以内(平成25年～平成29年)に当財団の助成を受けたグループは除く。
活 動 テ ー マ	(1) 高齢者福祉に関するボランティア活動 (2) 障がい者福祉に関するボランティア活動 (3) こども(高校生まで)の健全な心を育てる交流ボランティア活動 ただし、少年野球・サッカーなどのスポーツ活動や通常のこども会活動は除く。 いずれも目的、計画等が明確な日本国内での無償の活動とする。
助 成 金	総額 ビジネスパーソンボランティア活動助成と合わせて原則900万円以内 1件 原則10万円 特に内容が優れている場合は20万円限度で助成 申請金額は「万円単位」とする。 直接ボランティア活動に要する費用とし、グループの事務所家賃、事務用パソコンの購入費用、ボランティアメンバーの飲食費および日当・謝礼は助成の対象としない。

◆◇「ビジネスパーソンボランティア活動助成」◆◇

助成趣旨	ビジネスパーソンのボランティア活動を支援することにより、ビジネスパーソンのボランティア活動の振興と社会福祉の向上に寄与することを目的とする。
応募資格	社会福祉の推進に役立つボランティア活動を行っているか、または行おうとするビジネスパーソン(会社員、団体職員、公務員、経営者・個人事業主)が80%以上のグループ(NPO法人を含む)。 ただし、過去5年以内(平成25年～平成29年)に当財団の助成を受けたグループは除く。
活 動 テ ー マ	(1) 高齢者福祉に関するボランティア活動 (2) 障がい者福祉に関するボランティア活動 (3) こども(高校生まで)の健全な心を育てる交流ボランティア活動 ただし、少年野球・サッカーなどのスポーツ活動や通常のこども会活動は除く。 いずれも目的、計画等が明確な日本国内での無償の活動とする。
助 成 金	総額 シニアボランティア活動助成と合わせて原則900万円以内 1件 原則10万円 特に内容が優れている場合は20万円限度で助成 申請金額は「万円単位」とする。 直接ボランティア活動に要する費用とし、グループの事務所家賃、事務用パソコンの購入費用、ボランティアメンバーの飲食費および日当・謝礼は助成の対象としない。

応募方法 ①当財団所定の申込書(4枚「活動概要」「名簿」を含む)に必要事項を記入のうえ、当財団事務局宛に郵送してください。
申込書は当財団ホームページ(HP)よりダウンロードできます。インターネットをご利用になれない場合は、申込書を郵送しますので、FAX等で請求してください。
(応募は必ず「A4サイズ」片面印字で送付してください)
[URL:http://www.daido-life-welfare.or.jp/](http://www.daido-life-welfare.or.jp/)
なお、申込書記入上の注意事項は当財団HPを参照ください。
②申込書の作成は、パソコン等による黒字印字、あるいは黒インクまたは黒ボールペンによる記入をお願いします。
③当財団所定の申込書以外の資料添付は不要です。
④同時に当財団の複数の助成に応募することはできません。

選考方法 当財団選考委員会で選考のうえ、助成先および助成金額を決定します。

募集期間 平成30年4月1日(日)～平成30年5月25日(金) (当日消印有効)
申込期限を過ぎたものは受付できませんのでご注意ください。

発表 平成30年8月中旬までに、グループ代表者へ選考結果を文書により通知します。また、当財団HPに助成決定者を公表します。
採否の理由など、選考に関するお問合せには応じられませんのでご了承ください。

助成金贈呈 平成30年9月以降に贈呈式を行い、その後、交付(グループ名義の口座に送金)する予定。

報告 助成金受贈者には、平成31年9月末(締切日厳守)までに活動の成果および助成金の用途に関する所定様式の報告書データをCDに保存し当財団へ必ず提出いただきます。(当財団HPで公表)

選考委員 (五十音順)(敬称略)
大井田 隆 日本大学医学部 特任教授
齊藤 貞夫 関東学院大学社会学部 客員教授
白澤 政和 桜美林大学大学院老年学研究科 教授
多田 羅 浩三 一般財団法人日本公衆衛生協会 会長
筒井 のり子 龍谷大学社会学部 教授
早瀬 昇 社会福祉法人大阪ボランティア協会 常務理事
里宇 明元 慶應義塾大学医学部 教授

※個人情報の保護 「個人情報保護方針」を定めています。当財団HPに掲載していますので、これをご覧のうえ、応募ください。
[URL:http://www.daido-life-welfare.or.jp/](http://www.daido-life-welfare.or.jp/)

「ボランティア活動助成」の申込書に記載された個人情報は、選考手続きに際して選考委員等へ提供する他、受贈者名簿への記載、報告集の作成、当財団HPへの掲載、新聞各社ならびに福祉関係機関への広報、配布以外の目的には使用いたしません。

※反社会的勢力
対応

反社会的勢力および反社会的勢力と関係すると認められる団体からの応募は受け付けられません。また、万一、助成金交付後に反社会的勢力等であることが判明した場合は、助成金を返納いただきます。

※留意事項

- ・ご提出いただいた申込書などの書類は返却いたしません。
事務局より問合せをする場合がありますので、必ず控えを作成しておいてください。
- ・当財団以外の財団から、同一の活動で助成が決定した場合など、助成が不要になった場合は
選考結果の発表を待たず、速やかにご報告ください。
- ・助成決定後、実施困難になった場合および大幅な内容変更が生じた場合は、速やかにご報告
ください。

書類送付先

〒550-0002

大阪市西区江戸堀1丁目2番1号 大同生命大阪本社ビル内

公益財団法人 大同生命厚生事業団 事務局

TEL (06) 6447-7101 FAX (06) 6447-7102

公平を期すため、必ず郵送でお願いいたします。

なお、当財団への直接持参、EメールおよびFAXによる申込書の受付はしておりませんのでご了承ください。

以上

受付番号	シ	受付日	
------	---	-----	--

「シニアボランティア活動助成」申込書

該当する番号を○で囲んでください。

活動内容	1 高齢者福祉に関するボランティア活動 2 障がい者福祉に関するボランティア活動 3 子ども（高校生まで）の健全な心を育てる交流ボランティア活動
------	--

グループ代表者				
ふりがな		年 齢	性 別	
代表者氏名	印		男 女	
連絡先住所等	〒 都 道 府 県			
	TEL		<small>必ず日中連絡が取れる 番号を記入ください</small>	FAX
	Email			
勤務先名		所属部署		
勤務先TEL		勤務先Email		
グループ名	グループ人数 名(名簿に記載)			
グループ所在地	〒 都 道 府 県			
	TEL		FAX	
	事務(会計)担当者	氏 名		
	Email			
グループのボランティア活動				
グループのボランティア活動歴	年 (平成30年4月1日現在)			
現在までのグループの主な活動歴 (箇条書き)				
グループの概要 (どのような仲間のグループかなど)				

活動テーマ（食事の宅配、外出介助等簡略に30字以内にとめてください。）（注）

活動目的（200字以内にとめてください。）（注）

助成金申請（目的、計画等が明確な日本国内での無償の活動が対象）

- ・グループの事務所家賃、事務用パソコンの購入費用、ボランティアメンバーの飲食費および日当・謝礼は助成対象外。
- ・交通費、食材費、ガソリン代、機材購入費、会場使用料のうち、ボランティア活動に直接使う費用は対象。

用途内容	金額
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
計	円
活動必要経費総額	円
助成申請金額(万円単位)	万円

当財団から受けた助成金 (ありの場合は 右記に記入)	年度	活動テーマ	助成金額（万円）
他への助成申込 (ありの場合は 右記に記入)	助成財団名		

当財団の助成金をどこでお知りになりましたか？

1. 社会福祉協議会 2. 新聞（ ） 3. 当財団HP 4. その他（ ）

(注) 「活動テーマ」「活動目的」は新聞等への公表の対象になります。(字数制限は厳守)

- ・申込書は「活動概要」「シニアボランティア・グループ名簿」を含めて4枚郵送ください。
- ・申込書は、ホッチキス・ピンで留めずに提出ください。

グループ代表者氏名

「活動概要」

ボランティア活動

※ 記入上の留意事項

- ① 「活動の動機」、「活動計画（活動の内容・実施時期等）」、「活動対象地域・活動場所」等の順に助成金の使途との関係がわかる様に記載すること。
- ② 文字サイズは10ポイント以上、書式は横書とし、図表を含め本用紙枠内に読みやすく記載すること。
手書きの場合は、楷書体とすること。

シニアボランティア・グループ名簿

グループ名 _____

代表者名 _____

①グループ人数(人)	②うち満60歳以上(人)	②/① (%)

(グループの80%以上が満60歳以上であること)

No	氏 名	満年齢	No	氏 名	満年齢
1(代表者)			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		