

2020年 6月10日

ボランティアグループ  
代 表 者 各 位

生命保険協会 新潟県協会  
会 長 富士大 俊哉

**「ボランティアグループ助成支援」に関する申込書提出のお願い**

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は生命保険会社の事業運営に関しまして、県内各地で営業活動をしている各社職員に対しご協力、ご支援を賜わり、厚く御礼申し上げます。

生命保険協会 新潟県協会では、平成４年度から社会貢献活動の一つとして、業界で働く職員からの「募金」を財源に、ＣＲ活動を行なっております。

その財源の一部により、福祉の分野で活動をおられるボランティアグループに助成支援を行なっております。(1999年度より実施。2019年度までに299グループへ助成支援)

本年度につきましても、物品での助成をさせていただきますので、助成を希望されるグループにおかれましては、別添申込書に所定事項をご記入のうえ、下記期日までに活動地域の各市町村社会福祉協議会様宛ご送付くださいますようお願い申しあげます。各市町村社会福祉協議会から新潟県社会福祉協議会に提出されとりまとめをいたします。

助成先グループの選定につきましては、当協会で審査のうえ、決定させていただきます。

審査により、不採用もしくは減額とさせていただく場合もございます。

すべての希望グループに助成申しあげたいところではございますが、財源に限りもございますことから、皆さまの意に添いかねることもあること、ご理解賜りたく存じます。

また、審査内容・経緯の公表・開示はいたしませんので、ご了承ください。

同様の主旨から、過去３年間で助成実行されましたグループ様につきましては、ご遠慮いただきますよう、お願いいたします。

なお、当協会の募金活動を 8 月に実施するため、審査結果のご通知は 11 月となり、「目録」による贈呈式は 11 月～12 月に予定をしておりますので、よろしくお願い申し上げます。

敬具

1. 助成内容 1グループ当たり10万円を上限にして、必要な物品に対して助成支援
2. 申込書提出先 おもに活動をされている地域の各市町村社会福祉協議会  
〒950-8575
3. 申込締切日 8月25日(火)

◎ご参考

※生命保険協会新潟県協会は、県内で営業活動をしている民間保険会社22社の29支社等で構成しています。

※CRとは「コミュニティ・リレーションズ＝地域社会との良好な関係づくり」の略です。

〔本件に関するご照会先〕

一般社団法人 生命保険協会 新潟県協会 事務局長 高山 智

TEL 025-245-8981 FAX 025-242-1853

ボランティアグループ助成支援  
申込書

|                                                                                                                              |                                                                |                         |         |    |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|----|---------------|
| 2020年 月 日<br>ネット掲載<br>有・無                                                                                                    |                                                                | 希望する物品等の名称<br>(上から優先順に) |         | 金額 | 用途及びメーカー・品番号等 |
| グループ名                                                                                                                        | ふりがな                                                           | 1                       | (@ × 個) | 円  |               |
| 代表者名                                                                                                                         | ふりがな                                                           | 2                       | (@ × 個) | 円  |               |
| 住所                                                                                                                           | ふりがな                                                           | 3                       | (@ × 個) | 円  |               |
|                                                                                                                              |                                                                | 4                       | (@ × 個) | 円  |               |
|                                                                                                                              |                                                                | 5                       | (@ × 個) | 円  |               |
| 結成年月                                                                                                                         | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月                                             | 合計金額<br>(10万円を限度)       |         | 円  |               |
| 主な支援先<br>活動内容<br>(具体的に)                                                                                                      | 申込理由(具体的に)<br>高齢者・障害者・児童・震災被災者・健康増進・その他( )<br>活動回数<br>会員数<br>人 |                         |         |    |               |
| 1. 審査により、不採用もしくは減額となる場合もございます。<br>(審査内容・経緯の公表・開示はいたしません。)<br>2. 希望物品のパンフレット・見直しを添付ください。<br>3. 会報・参考資料(事業内容がわかる資料)等を必ず添付願います。 |                                                                |                         |         |    |               |