

2002年3月15日

会 員 各 位

視覚障害リハビリテーション協会  
会長 原田 良實  
(公印省略)

### 地域活動支援事業募集のお知らせ

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、2002年度の地域活動支援事業について視覚障害リハビリテーション協会として下記のように助成金を交付することにしました。ぜひ地域にとって有益な活動を、応募していただきたいと考えています。役員会で採用を審査いたします。採用させていただいた地域活動は、応募者を中心に実施していただきます。地域支援事業予算として、1件5万円を計上しています。皆様からの有益なご提案をお待ちしています。

### 記

#### 「地域活動支援事業助成金募集要綱」

1. 目的：視覚障害児者のための活動を地域で行う者に助成金を交付する。
2. 助成金額：1事業につき5万円を限度とする。
3. 募集件数：概ね3件
4. 事業実施日：2002年4月から2003年3月の間に実施するもの。
5. 募集締切日：2002年4月30日(必着)
6. 採用通知：役員会で決定し、当選事業をリハ協メール・ホームページで公表し、応募者全員へ当選・否当選の文書を送付する。
7. 報告書：事業実施後1ヶ月以内に実施報告書を提出していただきます。
8. 助成対象：予算は講師謝金・旅費、ボランティアスタッフ交通費、会場費、消耗品費、事務局費等の必要経費を計上してください。
9. 応募方法：別紙応募用紙にてFAX、メールまたは郵送でご応募ください。
10. 提出先：住所：359-8555 所沢市並木4-1  
宛先：国立身体障害者リハビリテーションセンター学院内  
視覚障害リハビリテーション協会事務局 小林 章 宛  
TEL：042-995-3100 ext.2620,2621  
FAX：042-996-0966  
メール：jarvi@super.win.ne.jp

# 地域活動支援事業応募用紙

視覚障害リハビリテーション協会 御中

記入日 年 月 日

提案者 氏名：  
所属：  
住所：  
電話番号：  
FAX 番号：  
Eメールアドレス：

実施事業名：  
(テーマ)

実施時期：

実施場所：

事業の概要：  
(目的)

(対象者)

(内容)

事業予算：

その他特記事項：

# 地域活動支援事業活動報告書

視覚障害リハビリテーション協会 御中

記入日 年 月 日

実施者 氏名：  
所属：  
住所：  
電話番号：  
FAX 番号：  
Eメールアドレス：

実施事業名：  
(テーマ)

実施時期：

実施場所：

事業報告：  
(事業概要)

(参加者感想・意見)

決算報告：  
(領収書等)