

公益財団法人 シップヘルスケア古川教育財団
2024 年度 助成金募集要項

1. 趣 旨

公益財団法人シップヘルスケア古川教育財団（以下「当財団」という）は、保育、看護、介護、福祉の観点から岡山の地域振興を図る活動を行う者、地域やコミュニティの振興を図る活動を行う者、学生が行う自主性、社会性を培う体験活動及びボランティア活動等に励む活動に対し助成することを目的としています。

2. 助成対象となる活動

この助成金の対象となる活動は次のとおりです。

- (1) 保育、看護、介護、福祉に取り組む活動
- (2) 地域やコミュニティの活性化に取り組む活動
- (3) 学生活動支援（研究活動、ビジネス活動等）

3. 応募資格

当財団の助成対象となる者は、以下の各号の全てに該当する者としてします。

- (1) 岡山県内の 4 年制大学、大学院に在籍する助成対象となる活動を行う者
- (2) 将来、人の生活の基盤を支えるエッセンシャルワーカー（保育、看護、介護、福祉）関連の仕事に就くことを目指す者

4. 採用件数

計 6 件程度

5. 助成金の額

- (1) 助成金額・・・1 件当たりの上限は 20 万円
- (2) 助成対象期間・・・財団の選考によって支給期間を決定します
- (3) 交付方法・・・ご指定の銀行口座等に振り込みます

6. 助成対象となる経費

- (1) 運営費
- (2) 施設費
- (3) 交通費
- (4) 消耗品費
- (5) 備品費
- (6) その他活動に必要な経費

7. 手 続

(1) 必要書類

- ① 助成金申請書
- ② 証拠書類（概要書・パンフレット等）

※現在進行しているものであれば、活動していることがわかるもの、新規については企画書等。

(2) 提出方法

財団宛（下記「提出先」）に郵送してください。
郵送の際には特定記録にてお送りください。

(3) 提出期限

2024年5月31日（財団必着）

(4) 提出先

〒718-0014
岡山県新見市長屋 749 番地
公益財団法人 シップヘルスケア古川教育財団 事務局

(5) 問い合わせ先

下記メールアドレスにご連絡ください。
contact@furukawa-edfound.or.jp

8. 審査

- (1) 外部有識者からなる選考委員会を経て、理事会で決定します。

9. 助成金の取消

- (1) 申請内容に虚偽があることが判明した場合、助成金が助成を決定した内容以外に使用された場合
- (2) 長期間にわたり連絡が取れない場合、提出物等に不備がある場合
- (3) その他事務局により助成取消が相応しいと判断した場合

10. 助成決定者の義務

- (1) 助成対象活動終了後1カ月以内に、実施報告書を提出してください。
（助成事業に要した領収書や受領書も併せて提出してください。）
- (2) 助成期間終了後、助成金の残金がある場合は、速やかに返金ください。

以上