様式第１号

令和７年度福岡市ソーシャルスタートアップ成長支援事業

事業認定申請書

年　　月　　日

（宛先）福岡市長

申請者　住　所

名　称

　　　　　　　　　役職・代表者氏名

　連絡先 担当者名：

電話番号：

e-mail：

　福岡市ソーシャルスタートアップ成長支援事業補助金の認定を受けたいので、福岡市ソーシャルスタートアップ成長支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、関係書類を添えて申請します。

　また、本件申請にあたり市に提出した個人情報について、市が上記事業における補助金の交付に係る事務に関して警察本部への照会確認及び市税の課税状況や納付状況の照会確認に使用することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 申請コース | Aコース（上限750万円）/Bコース（上限300万円） |
| 寄付集め  目標総額 | 目標総額●●●万円 |
| うち個人版(クラウドファンディング型)の目標上限額●●●万円 |