

千葉県DV被害者等女性支援団体活動支援給付金 活動計画書

団体名	
活動目的	
主な支援対象者 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 配偶者等暴力被害者 <input type="checkbox"/> 生活困窮者 <input type="checkbox"/> 孤独・孤立で不安を抱える方 <input type="checkbox"/> 児童（18歳未満） <input type="checkbox"/> 若年層（10代・20代） <input type="checkbox"/> 中高年 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 外国籍県民 <input type="checkbox"/> その他（具体的な対象者：)
活動内容	
活動により期待 できる具体的な 効果や成果	

備考1 活動内容の欄は、申請日から3か月までの期間について、DV被害者等女性支援に関する活動予定を記載してください。

2 この様式に記載できない場合は、別紙に記載して添付してください。