

様式1

令和 年度 地域介護予防支援事業（ふれあいサロン活動）
助成金申請書

下記のとおり、地区サロン活動事業（ふれあいサロン活動）を実施したいので申請します。

記

令和 年 月 日

申請団体の名称			
代 表 者	名前	行政区	
担 当 者	名前		
	住所		
	電話		

申請事業の概要			
(1) 目 的			
(2) 事業の内容			
① 実 施 内 容		⑤実施場所 (屋 内) (屋 外)	
② 実 施 回 数	月	回	
③ 参 加 人 数		名	
④ スタッフ数		名	
申請事業の資金計画			
① 収 入（別紙活動費基礎表）		② 支 出	
地区サロン活動事業（ふれあいサロン活動）助成金 参加者負担金 円 その他の助成金 円			支出金額
		報償費	
		旅費	
		会議費	
		消耗品費	
		使用料及び賃借料	
		その他	

令和 年度 地域介護予防支援事業（ふれあいサロン活動）
月間事業実績報告書

このことにつきまして、 月分を下記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

代表者名 (印)

団 体 名		行 政 区	
担当者連絡先	担当者名 日中連絡先：		

	内 訳	
体操内容 (必須)	健康体操(333体操・やまびこ体操・ラジオ体操・うきうき体操・転倒予防体操) ※上記のいずれかの体操を必ず30分以上実施して下さい。	
活動内容 (定期)	内容 () 回 場所 : 屋内・屋外	日付 :
活動内容 (都度)	月 日 () (場所 屋内 : 屋外)	
	月 日 () (場所 屋内 : 屋外)	
	月 日 () (場所 屋内 : 屋外)	
	月 日 () (場所 屋内 : 屋外)	
	月 日 () (場所 屋内 : 屋外)	
登録者 参加数	65歳以上 名参加(別紙名簿のとおり)月延べ人数 名	
スタッフ 氏 名		人
講 師 ボランティア		
感 想 (課 題)		

※報告書の提出期限：翌月5日まで

代表者 _____

団体名		行政区	
-----	--	-----	--

※年齢65歳以上の方を記入して下さい。

[illegible]