様式第１号（第５条関係）

年　　　月　　　日

社会福祉法人　坂井市社会福祉協議会　会長　様

年度　通いの場・サロン助成金交付申請書　清算払

通いの場・サロンの実施について、助成金を受けたいので下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 行政区 |  | 新規 ・ 継続 |
| 代表者氏 名 | フリガナ | 住所連絡先 | 〒坂井市　　　　　町電 話 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 区長 / 民生委員児童委員 / 福祉委員 / その他（代表者として該当するものを○で囲んでください） |
| 通いの場・サロン名 |  |
| 実施会場 | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 助成額（上限48回/年） | 区　分（1回あたり参加人数） | 開催予定数（年４月から年３月まで） | 小　計 |
| 4,000円（5～20人） | 回 | 円 |
| 5,000円（21～30人） | 回 | 円 |
| 6,000円（31人以上） | 回 | 円 |
| 合　計 | 回 | 円 |
| ※うち、食糧費上限額（＠200×参加予定人数　　　　人） | 円 |

添付書類

・市実施登録書

・市事業計画書