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