様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

社会福祉法人羽咋市社会福祉協議会　会長　様

活動団体名

代表者氏名

連　絡　先

**住民主体の介護予防活動補助金交付申請書**

　　社会福祉法人羽咋市社会福祉協議会住民主体の介護予防活動補助金交付要綱第７条の規定により、補助金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

　１　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　円（A）

　前年度１回あたり平均参加者数　　　　　　　　人

基準額　４，０００円（**前年度**平均参加人数が**15人未満**）

４，５００円（**前年度**平均参加人数が**16人～２５人**

または**新規申請団体**）

　　　　５，０００円（**前年度**平均参加人数が**26人以上）**

基準額　　　　　円/回　×　開催回数　　　　　　回　＝　申請額　　　　　　　円（A）

　　福祉推進チームとして活動している　：　　　　はい　　・　いいえ

　　　２　添付書類

　　（１）事業計画書(別紙１)

　　（２）収支予算書(別紙２)

　　（３）推進チーム名簿（別紙３）

1. 開催予定（実績）表（別紙４）
2. 概算払請求書（様式第８号）
3. 請求書（推進チーム活動費様式）

（７）通帳の写し（口座の名義と番号確認できるページ）

様式1号（第６条関係）

地域福祉推進チーム活動費助成申請書

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日社会福祉法人羽咋市社会福祉協議会会　長　　松　田　孝　司　　様次のとおり令和　　年度地域福祉推進チーム活動費助成を申請します。 |
| 申請者 | 団体名 | 町地域福祉推進チーム | サロン名 |  |
| 代表者 名 |  | 住所 |  | 電話 |  |
| 助成の種類及び申請額 | 1. 推進チーム運営費助成　10,000円
2. ~~地域サロン開設費助成　20,000円~~
3. ~~地域サロン開催費助成 　3,000円×　　回＝　　　　円~~

　　　　　　　　　　　　　計　　　10,000　　円 |
| 添付書類1. ~~地域福祉推進チーム事業計画書~~
2. ~~地域サロン活動年間計画表~~
3. ~~地域福祉推進チーム収支予算書~~
4. 地域福祉推進チーム名簿
5. 地域サロン開設費収支予算書

※助成の種類ごとの添付書類　　　　・推進チーム運営費助成　　④　　　　・地域サロン開設費助成　　①②③④⑤　　　　・~~地域サロン開催費助成　　②~~ |

（別紙１）　　　　　　　　　　　事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 内　　容 |
| 活　動 団 体 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 活　動 場 所 |  |
| 曜 日・時 間 | 曜日　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　 |
| 参加費 | 円（　1回　・　１か月　・　１年　） |
| 参加者予定数 | 　　　人／回 |
| 事 業 内 容 |  |
| 次のことを守って活動を行います。（確認後、□に✔を入れる）* 従事者の清潔の保持、健康状態の管理に務めます。
* 参加者の個人情報を無断で第三者へ提供しません。
* 参加者の体調急変時や事故発生時は、救急車を呼ぶ等適切に対応します。
* 参加者及び従事者は、傷害保険に加入します。
* 活動廃止・休止時は、社会福祉協議会へ報告します。
 |

収支予算書(　　年度)

（別紙２）

【介護予防活動補助金・推進チーム運営助成】

収入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(単位：円)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　目 | 金　額 | 摘　要 |
| 補助金 |  |  |
| 町会助成 |  |  |
| 参加費 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 計 | 円 |  |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　目 | 金　額 | 摘　要 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 計 | 円 |  |

（別紙３）

　　　　　　　町地域福祉推進チーム名簿**（令和　　年度）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　　　名** | **住　所（番地）** | **電話番号** | **備　　考** |
| **１** |  |  |  | **◎代　表** |
| **２** |  |  |  |  |
| **３** |  |  |  |  |
| **４** |  |  |  |  |
| **５** |  |  |  |  |
| **６** |  |  |  |  |
| **７** |  |  |  |  |
| **８** |  |  |  |  |
| **９** |  |  |  |  |
| **１０** |  |  |  |  |
| **１１** |  |  |  |  |
| **１２** |  |  |  |  |
| **１３** |  |  |  |  |
| **１４** |  |  |  |  |
| **１５** |  |  |  |  |
| * 上記の情報は、羽咋市地域福祉推進チーム名簿作成以外には使用いたしません。
* 地域福祉推進チームへの案内は代表の方に送付させていただきます。代表の方以外に送付希望の場合は**事務連絡係**として備考の欄に記入してください。
 |

（別紙４）

開催予定（実績）表

　　　　　　　　団体名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 開催予定日を記入実績は日付を〇で囲む |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年間 |

【補助金の額】

年間　　　　回×　　　　　円＝　　　　　　　円

≪補助金の額≫

活動を行った回数により、補助金の額を下記のとおりとする

|  |  |
| --- | --- |
| 基準額 | １回開催につき４，０００円 |
| 基準額（１６人以上／回）または新規申請団体） | １回開催につき４，５００円 |
| 基準額（２６人以上／回） | １回開催につき５，０００円 |

様式第８号（第13条関係）

年　　月　　日

社会福祉法人羽咋市社会福祉協議会　会長　様

所在地

活動団体名

代表者氏名

住民主体の介護予防活動補助金概算払請求書

補助金の概算払を受けたいので、社会福祉法人羽咋市社会福祉協議会住民主体の介護予防活動補助金交付要綱第13条第２項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　概算払請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　請求金額の内訳

　　　　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　概算払い請求　　（　前期　　・　　後期　）

前回までの受領額　　　　　　　　　　　　　**０**　円

　　　　今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　支払先

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 | 農協銀行金庫信組 | 店 |
| 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |

※必ず通帳のコピーを提出お願いします。**（通帳の名義がカタカナで表記されたページ）**

**請　求　書**

左の金額を請求します。

￥10,000 円

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　羽咋市社会福祉協議会

会　　長　　松　田　孝　司　殿

但し、令和　　年度地域福祉推進チーム活動費助成金として

請　求　者

**住　所**

**団体名　　　　町地域福祉推進チーム**

**代表者**（印）

**銀行名**

**支　　店**

**口座番号**

**口座名義**

※口座名義・口座番号が確認できるよう口座通帳の写しも提出して

くださるようお願いいたします。**（通帳の表紙を開いたページ）**　捺印を忘れずにお願いいたします。

（別紙４）

**【報告用】　月１回～３回 開催団体用**

令和　　年度住民主体の通いの場参加者名簿（スタッフ含む）

団体名：　　　　　　　　　　　　　 （　　　～　　　月分）

（２～３ヵ月ごとに事務局へ提出）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | スタッフに〇 | ６５歳以上に〇 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 参加者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人  | 人 |

**毎月回数と合計人数（　　月：　　回、　　人　　　月：　　回、　　人　　　月：　　回、　　人）**

（別紙４）

**【報告用】週１回 開催団体用**

令和　　年度住民主体の通いの場参加者名簿（スタッフ含む）

団体名：　　　　　　　　　　　　　　 月分（　　　回、計　　　人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | スタッフに〇 | ６５歳以上に〇 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 参加者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |