

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村 俊二 様

助成金交付申請の内容	交付申請額		
①開催計画回数・助成基準額を○で囲んで下さい	6・7・8回 30,000円以内	9・10・11回 40,000円以内	12回～ 60,000円以内
②利用登録者数（5名以上）	名		
③スタッフ登録者数（利用者と重複しないこと）	名		
④送迎保険の加算申請の有無	有 無	円	
⑤会食事業（毎月1回以上実施する場合）	新規 継続	円	
助成金交付申請額			円

住所	〒
団体名	
代表者名	印
TEL	

◇取組み内容（該当する□に✓を付けてください）

<input type="checkbox"/> 1. 健康づくりに役立つ活動	<input type="checkbox"/> 2. 認知症予防に役立つ活動	<input type="checkbox"/> 3. 栄養改善に関する活動	<input type="checkbox"/> 4. その他の活動
---	---	--	------------------------------------

◇年間実施計画書

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
月別開催計画回数														
事業 経費 支出 内訳	謝金	有資格講師（5,000円以内/回）												
		資格のない講師（2,000円以内/回）												
	町外講師交通費（2,000円以内/回）													
	会場使用料（1,500円以内/1回）													
	開催運営費 1回1,600円以内（年間19,200円以内）													
	備品費（20,000円以内/年間）													
	保険料	ボランティア保険料（1人350円）												
		送迎保険料（5,000円以内）												
		行事保険料（28円×利用者数×回数）												
	会食事業	新規（調理器具等購入費 40,000円以内）												
継続（調理器具等購入費 20,000円以内）														
支出合計額														