

社会福祉法人
大田市社会福祉協議会
会長 西村 俊二 様

記入例

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)	内 訳	男	女	総数
	65歳以上～74歳	0 名	2 名	10 名
	75歳以上	3 名	5 名	
③スタッフ登録者数(利用者とは重複しない)		5 名		
④送迎保険の加算申請の有無		有	無	2,400 円
⑤会食事業(毎月1回以上実施する場合)		新規	継続	20,000 円
助成金交付申請額		82,400 円		

住 所	〒699-2301 仁摩町仁万〇〇番地
団体名	ほなみサロン
代表者名	鳴砂 次郎 (印)
電話番号	88-0000
主な開催場所	〇〇自治会館

◇取組み内容(該当する口に✓を付けてください)

1. 健康づくりに役立つ活動(体操の頻度: 毎回 不定期) 2. 認知症予防に役立つ活動 3. 栄養改善に関する活動 4. 口腔ケアに関する活動 5. その他の活動(手芸など)

◇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		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
事業経費支出内訳	謝 金	有資格講師 5,000円以内/回		5,000						5,000				10,000	
		資格のない講師 2,000円以内/回												0	
	町外講師 交通費	2,000円以内/回												0	
	会場使用料	1,500円以内/回		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6,000	
	開催運営費	1,600円以内/回(年間19,200円以内)		1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	19,200
	備品費	20,000円以内/年間		6,640									9,690		16,330
	保険料	ボランティア活動保険料(1人350円)		1,750											1,750
		送迎保険料(5,000円以内)		2,400											2,400
		行事保険料(28円×利用者数×回数)		6,720											6,720
	会食事業	新規(調理器具等購入費 40,000円以内)												0	
継続(調理器具等購入費 20,000円以内)		10,000	10,000											20,000	
支 出 合 計 額		29,610	17,100	2,100	2,100	0	2,100	2,100	0	2,100	2,100	0	11,790	82,400	

記入例

様式1 助成金交付申請書
提出時に添付して下さい。

団体名 **ほなみサロン**

利用登録者名簿(65歳以上) 4~6月 7~9月 10~12月 1~3月

No.	自治会	氏名	性別	年齢	実施日					
					/	/	/	/	/	/
1	本町	高山 ○○	女	71						
2	本町	高山 △△	女	72						
3	本町	高山 □□	男	73						
4	灘	前浜 ▽▽	女	80						
5	灘	前浜 ○○	女	81						
6	灘	前浜 □□	男	82						
7	灘	前浜 ××	女	85						
8	港	市場 ○○	女	76						
9	港	市場 △△	女	77						
10	港	市場 □□	男	78						
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
合計人数										

記入例

**様式1 助成金交付申請書
提出時に添付して下さい。**

団体名 **ほなみサロン**

スタッフ登録者名簿

4~6月 7~9月 10~12月 1~3月

No.	自治会	氏名	性別	年齢	実施日					
					/	/	/	/	/	/
1	本町	鳴砂 次郎	男	60						
2	本町	銀山 花子	女	61						
3	灘	銀山 □□	男	62						
4	灘	三瓶 ○○	女	63						
5	港	三瓶 △△	女	64						
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
合計人数										

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村俊二様

〒699-2301

住所 仁摩町仁万〇〇番地

団体名 ほなみサロン

代表者 鳴砂 次郎 (印)

電話番号 88-0000

令和○年度 助成金交付請求書

令和 ○年 ×月 △日付け、大社協発第〇〇〇号で交付決定のあった助成金について、下記のとおり概算請求します。

記

1. 助成金請求額

交付決定額	82,400 円
請求額	82,400 円

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村俊二様

住 所 〒 699-2301
仁摩町仁万〇〇番地
団 体 名 ほなみサロン
代 表 者 鳴砂 次郎
電 話 番 号 88-0000

令和○年度 4月～6月 実績報告書

大田市地域介護予防活動支援事業を別紙のとおり報告いたします。

記

交付決定額 (A)	4月～6月の支出済額 (B)	助成金残額 (A) - (B)
82,400 円	46,810 円	35,590 円

※添付書類

- ・様式6-1 実績報告書の写し
- ・様式1-1 利用登録者名簿
- ・様式1-2 スタッフ登録者名簿
- ・領収書の写し (26Pの添付用紙をご活用下さい)

令和〇年度 実績報告書

記入例

◆報告月日 ■4~6月 ■7~9月 ■10~12月 ■1~3月

団体名	ほなみサロン
-----	--------

助成金交付決定額	82,400 円
----------	----------

◆月別実施報告書

月別実績			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 複数 回答 可	開催回数(回)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
	内容	健康づくり	0854-8体操実施回数(回)	1		1	1		1	1		1	1		1	8
			上記以外の体操等実施回数(回)		1			1			1			1		4
	複数 回答 可	認知症予防	認知症予防に役立つ活動(回)		1						1					2
		栄養改善	会食実施回数(回)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
		口腔ケア他	口腔ケアに関する活動(回)					1						1		2
		その他	その他の活動(回)	1		1	1		1	1	1		1		1	8
参加者数(65歳以上) (人)			10	10	10	10	8	10	10	10	9	8	10	10	115	
参加スタッフ数 (人)			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60	

◆支出内訳

事業 経費 支出 内訳	謝金	有資格講師 5,000円以内/回		5,000						5,000					10,000	
		一般講師 2,000円以内/回					2,000						2,000			4,000
	町外講師交通費	2,000円以内/回													0	
	会場使用料	1,500円以内/回	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6,000	
	開催運営費	1,600円以内/回 (年間19,200円以内)	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600	19,200
	備品費	20,000円以内/年間	4,640						2,690			5,000				12,330
	保険料	ボランティア活動保険料(1人350円)	1,750													1,750
		送迎保険料(5,000円以内)	2,400													2,400
		行事保険料(28円×利用者数×回数)	6,720													6,720
	会食事業	新規(調理器具等購入費 40,000円以内)														0
継続(調理器具等購入費 20,000円以内)		20,000													20,000	
支出合計額			37,610	7,100	2,100	2,100	4,100	2,100	4,790	7,100	2,100	7,100	4,100	2,100	82,400	
3ヶ月合計額			46,810			8,300			13,990			13,300			82,400	
残額			35,590			27,290			13,300			0			0	

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村俊二様

住所 〒699-2301
仁摩町仁万△△番地
団体名 砂時計サロン
代表者 三瓶花江 (印)
電話番号 0854-88-00□□

令和○年度 助成金変更・中止（廃止）申請書

地域介護予防活動支援事業について、令和 ○年 ×月△△日付け、大社協発第○○○号で交付決定されたところですが、下記のとおり申請します。

記

助成金変更申請内容

交付決定額	40,000 円
変更後の申請額	30,000 円
変更区分 (該当項目に○)	1. 経費の変更
	2. 事業内容の変更
	3. 事業の中止または廃止
変更理由及び内容	当初、10回の開催を計画していたが、8回しか開催できなくなったため。

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村俊二様

地区名

仁万

団体名

ほなみサロン

代表者

銀山 花子



令和○年度 団体代表者変更報告書

標記の件について、代表者が下記のとおり変更になりましたので、ご報告します。

記

	代表者氏名	住 所 (変更後)	電話番号 (変更後)
変 更 前	鳴砂 次郎		
変 更 後	銀山 花子	〒699-2301 仁摩町仁万 □□□番地	88-○○△△