

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	9・10・11回	12回～
		30,000円以内	40,000円以内	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	名	名	名
	75歳以上	名	名	
③スタッフ登録者数(利用者とは重複しない)		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
電話番号	
主な開催場所	

◇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( )

◇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/回													
	開催運営費	1,600円以内/回(年間19,200円以内)													
	備品費	20,000円以内/年間													
	保険料	ボランティア活動保険料(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															