様式１（地域ふれあいサロン助成事業）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年度　地域ふれあいサロン助成金交付申請書　（ 新規 ・ 変更 ） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社会福祉法人 | 志摩市社会福祉協議会 | |
| 会　　　　長 | 前　田　正　典 | 様 |

（申請者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | |
| ふ り が な |  | |
| サロン名 |  | |
| ふ り が な |  | |
| 代表者名 |  | 印 |
| （自署により押印省略可能） | | |
| 電話番号 |  | |

地域ふれあいサロン助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成申請額 | 金 |  | 円 |

（添付書類）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | １．事業計画書（様式２） |
| □ | ２．収支予算書（様式３） |
| □ | ３．構成員名簿（様式４） |
| □ | ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

\*提出するものへ☑を入れる。

様式２（地域ふれあいサロン助成事業）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 | 年度　事業計画書 |

|  |  |
| --- | --- |
| サロン名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．実施場所 |  | | | | | | | | | | |
| ２．対象者 | ※あてはまるもの全てに☑  □どなたでも　□高齢者　□障がい者　□子育て中の保護者　□子ども　□その他（　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |
| ３．実施日 | 年（　　　　）回 | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ※第〇木曜日、毎月〇日、不定期の場合は時期など分かりやすく記載してください。 | | | | | | | | | | |
| ４．実施時間 | 午前  午後 |  | 時 |  | | 分～ | 午前  午後 |  | 時 |  | 分 |
| ５．参加者負担金 | （ひとり1回あたり）　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | |
| ６．参加予定者 | 参加者：　　　名、　スタッフ：　　　名　（１回あたり） | | | | | | | | | | |
| ７．事業内容 |  | | | | | | | | | | |
| ８．事業の  啓発方法 |  | | | | | | | | | | |
| ９．共同募金運動  への協力内容 |  | | | | | | | | | | |

様式３（地域ふれあいサロン助成事業）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 | 年度　収支予算書 |

|  |  |
| --- | --- |
| サロン名 |  |

１．収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔単位：円〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　目 | 予算額 | 摘　要 |
| 助成金収入 |  | 地域ふれあいサロン助成金 |
| 繰越金収入 |  | 昨年度繰越金（自己資金分） |
| 参加費収入 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

２．支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔単位：円〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科　目 | 予算額 | 摘　要 | 内助成金  の充当額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

※食事・お茶（飲食費）、レク景品（食費・消耗品費）の提供がある場合は、内助成金の充当額の10％以上の自己負担金を計上してください。

※志摩市社会福祉協議会の助成金は繰越できませんのでご注意ください。

様式４（地域ふれあいサロン助成事業）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 | 年度　構成員名簿 |

|  |  |
| --- | --- |
| サロン名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 役職名 | 名前 | 住所（番地不要） |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |

※住所欄への番地までの記入は不要（記入例.阿児町、伊勢市、鳥羽市）

※別紙を追加してもよい。