

様式第1号（第10条関係）

令和 年 月 日

五所川原市長

団体名
（代表者）
住所
氏名
電話番号

五所川原市介護予防・通いの場づくり事業補助金交付申請書

五所川原市介護予防・通いの場づくり事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額

金 円

2 添付書類

- (1) 五所川原市介護予防・通いの場づくり事業計画（変更）書（様式第2号）
- (2) 五所川原市介護予防・通いの場づくり事業補助金に係る収支（予算・決算）書（様式第3号）
- (3) その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第10条関係）

五所川原市介護予防・通いの場づくり事業計画—(変更)—書

団体名	
活動拠点の場所 (所在地)	
事業の目的 (<input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> ア. 介護予防に資する活動 <input type="checkbox"/> イ. 仲間づくりや生きがいつくり活動
実施予定内容 及び時間	
実施予定日時	
年間実施 予定回数	
1回当たりの 参加人数見込み	(うち、65歳以上の高齢者の人数) 約 人
認知症サポーター 養成講座を受講し たことがあるか	有 ・ 無 (どちらかに○) (有の場合) 受講された方の氏名：
備考	

様式第3号（第10条関係）

五所川原市介護予防・通いの場づくり事業
補助金に係る収支（ 予算 決算 ） 書

団体名 _____

（収入の部）

区 分	金 額（円）	内 訳 等
通いの場づくり 事業補助金		
合 計		

（支出の部）

区 分	金 額（円）	内 訳 等
報 償 費		
旅 費		
消 耗 品 費		
印 刷 製 本 費		
保 険 料		
郵 便 料		
資 料 料 及 び 賃 貸 料		
備 品 購 入 費		
そ の 他 経 費		
合 計		