

令和 年 月 日

社会福祉法人小川町社会福祉協議会

会長 島田 康弘 様

住 所 比企郡小川町

申請者（代表者）名 印

電話番号 ()

携帯電話番号 ()

ふれあい・いきいきサロン事業補助金交付申請書

この事業に対する補助金の交付を受けたいので社会福祉法人小川町社会福祉協議会ふれあい・いきいきサロン事業補助金交付要綱第7条の規定により申請します。

記

1 補助金申請額	円 (5,000 円 × 回)				
2 サロン名	「ふれあい・いきいきサロン」				
3 協力者	住所	氏名	TEL		
	住所	氏名	TEL		
	住所	氏名	TEL		
4 開催場所	「 」				
5 開催日	①	年	月	日 ()	実績・予定
	②	年	月	日 ()	実績・予定
	③	年	月	日 ()	実績・予定
	④	年	月	日 ()	実績・予定
	⑤	年	月	日 ()	実績・予定
	⑥	年	月	日 ()	実績・予定
	⑦	年	月	日 ()	実績・予定
	⑧	年	月	日 ()	実績・予定
	⑨	年	月	日 ()	実績・予定
	⑩	年	月	日 ()	実績・予定
6 平均参加者数	1回につき平均 名				
7 実施内容					

行政区内において、上記の者が記載の内容により「ふれあい・いきいきサロン事業」を実施することについて承認します。

令和 年 月 日

区 長 区 区長名 印

民生委員 区 民生委員名 印

民生委員 区 民生委員名 印

様式第2号（第7条関係）

令和 年 月 日

社会福祉法人 小川町社会福祉協議会
会 長 島 田 康 弘 様

住 所 比企郡小川町

申請者（代表者）名 印

電話番号 ()

携帯電話番号 ()

ふれあい・いきいきサロン事業補助金請求書

ふれあい・いきいきサロン事業補助金を下記のとおり請求いたします。

金 円也

振込先

金融機関名 銀行・信用金庫・農協 支店

預金種別 普通 ・ 当座 (いずれかに○印)

口座番号

フリガナ

口座名義

※代表者又は団体名義の口座を記入してください。

※口座名義は通帳の記載のとおり、正確に記入してください。