（様式第１号）

福祉施設等活動助成金申請書

令和　　年　　月　　日

伊勢市社会福祉協議会　会長　様

施設名

施設住所　〒　　- 　 　／伊勢市

代表者名　　　　　　　　　　 印 電話

令和　　年度福祉施設等活動助成金を下記のとおり交付されるよう申請します。

記

１．助成申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．施設の活動内容（現状）

|  |
| --- |
| 時間帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　活動人数　　約　　　　名　（利用者　約　　　　名　スタッフ　約　　　　名）（内容）通帳の表紙をめくったページ（**口座名義、口座番号が記載**されているページ） |

３．振込先金融機関

　　**通帳の表紙および表紙を1枚開いた部分のコピーの添付**

　※名義等変更で、コピーした物が見えにくい通帳につきましては

コピーをしたうえで手書きで記入してください。

●申請書提出に必要な☑欄

②1枚開いたページ

図1　①表紙

□助成金申請書（様式第1号）

□印鑑1ケ所（団体印または代表者印）

□表面、裏面の必要事項への記載

□振込先のコピー（①表紙と②通帳の表紙をめくったﾍﾟｰｼﾞ：図1参照）

* **※全てにチェックがないと申請は受付できません**

地域福祉課受付　㊞　　　　　　支所受付　㊞

４．申請該当活動内容

|  |
| --- |
| 助成金によって行う事業予定の活動をご記入ください**※助成金の対象となる事業は、施設が地域と協働して実施する事業です** |
| １ | 　　　　　□障がい児・者、児童・親子が地域と協働して実施する事業どちらかに🗹　　　　　□障がい児・者福祉及び青少年の健全育成事業活動名 |
| 実施予定日（期間）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　活動予算　　　　　　　　　円　　　活動予定人数　　　　　　　　名（活動の内容） |
| （助成対象経費の内訳を記載）　対象となる助成金額　　　　　　　　　　円 |
| ２ | □障がい児・者、児童・親子が地域と協働して実施する事業どちらかに🗹　　　　　□障がい児・者福祉及び青少年の健全育成事業活動名 |
| 実施予定日（期間）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　活動予算　　　　　　　　　円　　　活動予定人数　　　　　　　　名（活動の内容） |
| （助成対象経費の内訳を記載）対象となる助成金額　　　　　　　　　　円 |
| ３ | □障がい児・者、児童・親子が地域と協働して実施する事業どちらかに🗹　　　　　□障がい児・者福祉及び青少年の健全育成事業活動名 |
| 実施予定日（期間）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　活動予算　　　　　　　　　円　　　活動予定人数　　　　　　　　名（活動の内容） |
| （助成対象経費の内訳を記載）対象となる助成金額　　　　　　　　　　円 |

（様式第３号）

福祉施設等活動助成事業実施報告書

施設名

施設住所　〒　　　- 　　／伊勢市

代表者名　　　　　　　　　　 ㊞ 電話

|  |  |
| --- | --- |
| 助成した活動の内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実 施 日（期 間） |  |
| 時 間 帯 |  |
| 主な活動場所 |  |
| 総参加人数 | 　　　　　　　　　内訳　　　　　　名（　利用者　　　　　名　スタッフ　　　　名） |
| 活動経費（A） | 　　円 |
| 社協助成額（B） | 　　円 |
| 団体負担額（A）―（B） | 　　円 |

|  |
| --- |
| ＜活動の詳細・感想等＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

地域福祉課受付　㊞　　　　　　支所受付　㊞

|  |
| --- |
| 写真 |

　領収書、実施状況写真の添付

　領収書（原本）

※原本の添付が不可能な場合は、***その理由を記載、署名、捺印を***し、

コピーを添付してください

※インターネットにて商品を購入される場合は、**団体名**、

または、**代表者名**の入った**領収書**を添付してください。

それが困難な場合は、ご相談ください。

※記入していただいたコメントや添付していただいた写真は、広報活動等で使用させていただくことがございますが、使用不可の場合は申し出てください。