（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。

**福祉施設等活動助成事業は、皆さまからお寄せいただいた赤い羽根共同募金の配分金を活用しています。**