別記

様式第１号（第６条関係）

補助金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

　　　住所（所在地）

申請者

　氏名（団体名及び代表者名）

　　佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第３条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助年度 | | 年度 |
| 補助を申請する事業の概要等 | 名称 |  |
| 目的・内容 |  |
| 目標とする活動値 |  |
| 目標とする成果 |  |
| 経費所要総額 | | 円 |
| 交付申請額 | | 円 |
| 着手及び完了予定  年月日 | | 着 手 年 月 日　　　　　　年　　月　　日  完了予定年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | | １　事業計画書  ２　収支予算書  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

補助事業変更申請書

様式第４号（第１１条関係）

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

　　　　 住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付の決定を受けた補助事業等を変更したいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第８条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助年度 | | 年度 |
| 補助金等の名称 | | 佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金 |
| 補助事業等の名称 | |  |
| 内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 経費  所要総額 | 変更前 | 円 |
| 変更後 | 円 |
| 交付申請額 | 変更前 | 円 |
| 変更後 | 円 |
| 着手及び  完了予定  年月日 | 変更前 | 着 手 年 月 日　　　　　　年　　月　　日  完了予定年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 | 着 手 年 月 日　　　　　　年　　月　　日  完了予定年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | | １　事業計画書（変更後）  ２　収支予算書（変更後）  ３　その他変更内容がわかる書類 |

令和　　年度　事業計画書　　　　**参考様式１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人について | 法人名 |  |
| 代表者 | （職・氏名） |
| 連絡先  （当該補助金の担当者を記入  　してください。） | （担当者職・氏名）  （電話）  （E-mail） |
| 法人設立年月 | 年　　　月 |
| 通所型サービスについて | 通所型サービスの名称 |  |
| 対象地域 |  |
| 年間実施回数  （見込み） | 回　／　年 |
| ボランティアの人数  （見込み） | 人　／　回 |
| 事業内容 |  |
| 実施場所 |  |
| 事業の受付方法 |  |
| 料金 |  |
| 地域包括支援センターとの連携について |  |
| 住民主体の通いの場への移行支援について |  |
| そ　の　他 |  |

令和　　年度　事業計画書

**参考様式１別紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月 | 日 | 時　間 | 内　容 |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 月 |  |  | □ 運動機能の向上　　□ 口腔機能の向上  □ 認知機能の低下予防　□ 栄養改善  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |

＊必要な枚数、複写して使用ください。

**参考様式２**

令和　　年度　補助金用途計画書

（収入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位　円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 内　訳 |
| 市補助金 |  |  |
| 計 |  |  |

（支出）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位　円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 内　訳 |
| 人件費 |  |  |
| 消耗品費 |  |  |
| 燃料費 |  |  |
| 印刷製本費 |  |  |
| 通信費 |  |  |
| 交通費 |  |  |
| 報償費 |  |  |
| 保険料 |  |  |
| 使用料・賃借料 |  |  |
| 家賃・光熱水費 |  |  |
| 合計 |  |  |

＊（支出）には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

**参考様式３**

誓約書

　法人主体の通所型サービスを実施するに当たり、次の事項を遵守します。

１　従事者の清潔の保持・健康状態の管理・衛生管理を徹底します。

２　従事者又は従事者であった者がサービス提供時に知り得た、サービス利用者の秘密保持を厳守します。

３　事故発生時については、対応のマニュアルを作成し、安全の確保に努めます。

４　事業を廃止し、又は休止するときは、速やかに報告します。その際、サービスの利用継続を希望する者に対しサービス利用継続のための便宜を提供します。

　　年　　　月　　　日

法人の名称：

　　　　　　　　　代表者名：