（表）

様式第１号（第８条関係）

太良町地域介護予防活動支援事業費補助金交付申請書

年　　月　　日

太良町長　様

申請者　所在地（住所）
団体・法人等名称
（代表者）氏名

　　　年度において、高齢者の通いの場の運営等を行うため、太良町地域介護予防活動支援事業費補助金交付要綱第８条の規定により下記のとおり申請します。
　なお、交付決定のうえは、通いの場の所在地、開催時間及び実施主体等の情報について、太良町ホームページ等で広く町民に公表することに同意します。

記

１　申請の種別及び申請額
　□設置のための備品購入に要する経費　　　　円
　□運営等に要する経費　　　　円

２　通いの場等の概要
（１）活動内容

（　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）開設（予定）年月日　　　　年　　月　　日

（３）開催曜日等
　□毎　週　　（　　　　　　曜日）
　□その他　　（　　　　　　　）

（４）開催予定日数　（１月当たり　　　　日）

（５）開催時間　（午前・午後）　時　　分　～　（午前・午後）　時　　分

（６）利用（見込）人数　　　　人

（裏）

（７）費用徴収

□あり　　　　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□なし

（８）高齢者の介護予防、健康の増進を図り、地域でいきいきと暮らせるための通いの場等をつくるための具体的な取組

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（９）通いの場等の所在地等

住　所

建物名

※　所有者と申請者が異なる場合は、占有する権原又は契約の名称並びに期間

（権原又は契約の名称
期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3　事業概要（助成金の使途）

（1）備品購入

項　　目	概要（数量等）	予　定　額
		円
		円
		円
		円
		円
計		円

（2）運営等

項　　目	概要（数量等）	予　定　額
		円
		円
		円
		円
		円
計		円