様式第１号

年　　月　　日

社会福祉法人奥州市社会福祉協議会長　　様

# 奥州市社会福祉協議会小地域ネットワーク活動助成金交付申請書兼請求書

実施行政区名

代表者氏名　　㊞

◎ 地域セーフティネット会議（ネット会議）基本情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| **【必須取組み項目】**<br>ネット会議実施回数 | | 年　　回　　※必須要件：年２回以上の開催 | |
| 実施場所（住所） | | 建物名称:　　（住所:　　） | |
| 会議への参加予定 | | 行政区（町内会・自治会）関係者　　名・民生児童委員　　名<br>ご近所福祉スタッフ　　名<br>その他（　　）　　名　**計　　名** | |
| **【任意取組み項目】**<br>生活支援活動の取り組み<br>（いずれかに〇）<br>あり　・　なし | 「あり」の場合ご記入下さい | 支援対象者について教えてください。あてはまるものに〇<br>【 ひとり暮らし高齢者　・　高齢者世帯・<br>障がい者　・　その他（　　）】<br>支援内容について教えてください。あてはまるものに〇<br>【 除雪　・　ゴミ出し　・　買物支援　・　草刈り<br>掃除　・　調理　・　その他（　　）】<br>利用料金について教えてください。あてはまるものに〇<br>【　有償　・　無償　・　内容により徴収　】 | |
| 代表者 | 氏名 | | 地域での役職〔　　〕 |
| | 住所 | 〒＿＿＿－＿＿＿＿<br>奥州市 | |
| | 電話番号 | | |
| 事務局 | 氏名 | | 地域での役職〔　　〕 |
| | 住所 | 〒＿＿＿－＿＿＿＿<br>奥州市 | |
| | 電話番号 | | |
| 社協からの連絡先／各種案内の送付先 | | いずれかに〇　　代表者　・　事務局　　※変更となった場合は、速やかにご報告ください。 | |
| 会議への職員参加希望日時 | | 月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分 | |
| その他要望等 | | （本会又は同席する職員への要望等がありましたら、ご自由にご記入ください。） | |

「会議の開催」は必須条件です。未開催の場合は全ての助成金の返金が必要になります。

**【任意取組み項目】助成要件の実施回数を満たさない場合、返金が必要となります**

◎ふれあいいきいきサロン開催計画　（助成要件：５名以上での活動を規定回数実施）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| サロン名 | | | | |
| サロン種別<br>（①～④の<br>いずれか１つに○） | ・ござえん茶 | ①年４～11回<br>②年12回以上 | ・ごちそうさま | ③年６～11回<br>④年12回以上 |
| 年間の実施回数 | 年　　回 | | | |
| 実施場所（住所） | 建物名称：　　（住所：　　） | | | |
| 実施時間 | ：　　～　　： | | | |
| 主な対象者<br>（該当項目に○） | 全住民 ・ 高齢者 ・ 子ども ・ 障がい者 ・ その他（　　） | | | |
| 参集予定人数 | 人（１回あたりの平均参加者） | | | |
| 活動内容<br>（予定する活動に○） | お茶のみ　・　ゲーム　・　血圧測定　・　会食<br>研修会や講演等（　　）<br>その他行事（　　） | | | |

・上記のサロンについて、地域住民や地域包括支援センター等関係機関へ情報提供してもよろしいですか。

□はい　・　□いいえ

サロン代表者氏名：　　（TEL：　　）

※情報提供の際は、サロン代表者の方へ改めて確認のご連絡をさせていただきます。

◎ふれあいいきいきサロン開催計画　（助成要件：５名以上での活動を規定回数実施）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| サロン名 | | | | |
| サロン種別<br>（①～④の<br>いずれかに○） | ・ござえん茶 | ①年４～11回<br>②年12回以上 | ・ごちそうさま | ③年６～11回<br>④年12回以上 |
| 年間の実施回数 | 年　　回 | | | |
| 実施場所（住所） | 建物名称：　　（住所：　　） | | | |
| 実施時間 | ：　　～　　： | | | |
| 主な対象者<br>（該当項目に○） | 全住民 ・ 高齢者 ・ 子ども ・ 障がい者 ・ その他（　　） | | | |
| 参集予定人数 | 人（１回あたりの平均参加者） | | | |
| 活動予定<br>（予定する活動に○） | お茶のみ　・　ゲーム　・　血圧測定　・　会食<br>研修会や講演（　　）<br>その他行事　（　　） | | | |

・上記のサロンについて、地域住民や地域包括支援センター等関係機関へ情報提供してもよろしいですか。

□はい　・　□いいえ

サロン代表者氏名：　　（TEL：　　）

※情報提供の際は、サロン代表者の方へ改めて確認のご連絡をさせていただきます。

※複数のサロンを申請される場合は、お手数ですがコピーしてご活用下さい。

◎通帳番号と口座名義がフリガナで記載されたページのコピーを添付してください。

＊通帳名義と申請時に記入された内容が異なる場合、期日までに振込を行うことが出来ませんので、確認のため必ず振込先の通帳のコピーをご提出ください。

＊例年、会長名が変更になっていた等により正常に入金されなかった事案が発生していますので、改めてご確認をお願いします。

◎ 助成金振込先

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | 銀行 / 信金 / 農協 （いずれかに○） | | | | | | |
| 本支店名 | 本店 / 支店 | | | | | | | |
| 預金の種類 | 普通預金 / 当座預金 | | | | | | | |
| 口座番号<br>（左詰め） | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | |