



令和6年度介護予防ふれあいサロン事業活動助成金申請書

年 月 日

社会福祉法人 深川市社会福祉協議会
会長 ミツ井 隆 博 様

「介護予防ふれあいサロン普及啓発推進事業実施要綱」に基づき事業を実施したいので、下記のとおり申請いたします。つきましては助成金の配分をお願いいたします。

※本申請書は「活動助成金」にかかる申請書です。

「助成金申請金額」には、助成金（年間開催予定回数×1,000円）のみ記載下さい。
上限は、48,000円です。

Table with 2 columns: Field Name (e.g., サロン名, 代表者名) and Value/Unit (e.g., 円, 回).

Table for bank transfer details with columns: 振込先 (Bank Name, Branch Name, Account Number, etc.) and 銀行・農協・信金 (Bank/Co-op/Credit Union), 店・所 (Store/Branch).

【 ゆうちょ銀行 の場合 】※通帳の写し（別紙コピー参照）を添付して下さい。

Table for post office bank transfer details with columns: 振込先 (Store Name, Store Number, etc.) and 店名 (Store Name), 店番 (Store Number), etc.

## 令和6年度介護予防ふれあいサロン事業活動報告書

年 月 日

社会福祉法人 深川市社会福祉協議会  
会 長 三ッ井 隆 博 様

「介護予防ふれあいサロン普及啓発推進事業実施要綱」に基づき事業を実施しましたので、下記のとおり報告をいたします。

サ ロ ン 名		代 表 者 名	印
---------	--	---------	---

年間の総回数	回	年間の総参加者数	名
1年間の反省			
好評だった企画や内容			
次年度へ向けた課題			

**※必ず、「決算書」「領収書のコピー」を添付して下さい。**

### 令和6年度介護予防ふれあいサロン事業四半期別活動報告書

サロン名		案内方法 <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
月	開催回数	参加者数	開催日時・内容・参加者の様子など	会場使用料	移動費
4月	回	名		円	円
5月	回	名		円	円
6月	回	名		円	円

【領収書添付が必要】

**令和6年度介護予防ふれあいサロン事業四半期別活動報告書**

サロン名		案内方法 <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
月	開催回数	参加者数	開催日時・内容・参加者の様子など	会場使用料	移動費
7月	回	名		円	円
8月	回	名		円	円
9月	回	名		円	円

【領収書添付が必要】

令和6年度介護予防ふれあいサロン事業四半期別活動報告書

サロン名		案内方法 <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
月	開催回数	参加者数	開催日時・内容・参加者の様子など	会場使用料	移動費
10月	回	名		円	円
11月	回	名		円	円
12月	回	名		円	円

【領収書添付が必要】

(様式第3④) 1月から3月分まで

**4月に提出 (FAX可) ※早急に提出**

### 令和6年度介護予防ふれあいサロン事業四半期別活動報告書

サロン名		案内方法 <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
月	開催回数	参加者数	開催日時・内容・参加者の様子など	会場使用料	移動費
1月	回	名		円	円
2月	回	名		円	円
3月	回	名		円	円

【領収書添付が必要】