様式第１号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

新富町長　殿

代表者住所

　　　氏名　　　　　　 　　　㊞

新富町地域介護予防事業助成金交付申請書

　下記のとおり地域介護予防教室を実施したいので、助成金を交付されるよう、新富町地域介護予防活動支援事業助成金交付取扱要領第６条の規定に基づき申請します。

記

※下記表の色付き欄にご記入ください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教　　室　　名 | 教室 | | 実施場所 | |  |
| 参　加　人　数 | 人 | | ※町確認  **□**新富町介護保険第1号被保険者概ね10名以上 | | |
| 教室開始年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |  |
| 実　施　回　数 | 月  　回 | □通年実施  □年間　　回実施 | | ※町確認  **□**年間継続実施 | |
| 現在の講師謝礼  (現在の支払方法とおなじ欄  に金額を記入してください) | 教室１回毎の支払  　　　　　 　円 | 月支払  　　円 | | | その他（　　　　　）  　　 　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付対象者（代表者） | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所  連絡先（電話） | ☎ |
| 助成金振込口座 | 銀行名　　　　　　　　支店名 |
| 口座番号　　　普通 |
| 口座名義人カナ |

※町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 予定助成額  教室1回当たり5,000円。ひと月当たり20,000円(4回分)まで  ひと月　　回予定（　　　　　　円/ヶ月）　×　12ヶ月 | 助成額合計  　　　　　　　　　　円 |

決裁

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 担　　　当 | 受付日 |
|  |  |  |  |  |

[様式第２号](http://www.city.iwanuma.miyagi.jp/reiki_int/reiki_honbun/word/107220021.doc)（第６条関係）

年　　月　　日

新富町長　殿

教室名

氏 名　代表　　　　　　　　　㊞

新富町地域介護予防事業助成金継続交付申請書

　令和４年度において、下記のとおり地域介護予防教室を継続して実施したいので、引き続き助成金を交付されるよう、新富町地域介護予防活動支援事業助成金交付取扱要領第６条の規定に基づき申請します。

記

　　　　　　年　　月　　日に提出された申請書と同様の事業を行います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

[様式第３号](http://www.city.iwanuma.miyagi.jp/reiki_int/reiki_honbun/word/107220021.doc)（第７条関係）

年　　月　　日

新富町長　殿

教室名

氏 名　　　　　　　　　　　㊞

新富町地域介護予防事業変更・中止届出書

　申請しました地域介護予防教室の事業について、下記のとおりとなりましたので届け出をいたします。

記

　　　１　教室を中止します。　　終了年月日　　　　　年　　月　　日

２　教室の内容を変更します。

　　　　　ア　教室の実施回数の変更

イ　講師の変更

ウ　その他

|  |
| --- |
| 変更の内容 |