

①

鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金交付申請書

(宛先) 鎌倉市長 団体名 _____ 代表者 氏名 _____ 〒 _____ 住所 鎌倉市 _____ 電話番号 _____	担当者 <input type="checkbox"/> 代表者と同じ (代表者と異なる場合は以下に記載) 氏名 _____ 電話番号 _____ FAX 番号 _____ E-mail _____
---	--

次のとおり、鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金について、申請します。
 交付決定を受けた補助金について、下記の振込先を指定しますので、振込をお願いします。

主な活動内容							
活動の目的及び期待される活動の効果							
補助金申請内容	年間活動回数	回/年					
	<input type="checkbox"/> 年間 24～35 回	年間	60,000 円 (A)				
	<input type="checkbox"/> 年間 36～47 回	年間	90,000 円 (A)				
	<input type="checkbox"/> 年間 48 回以上	年間	120,000 円 (A)				
	収支予算書(第4号様式)の支出額計			円 (B)			
< (A) と (B) で少ない額 > 申請額							円
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 普通				
	支店名	本店・支店・出張所					
	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	口座名義人 (カタカナ)						
添付書類 (必須)	<input type="checkbox"/> 団体活動計画書 (第2号様式) <input type="checkbox"/> 団体名簿兼活動記録表 (第3号様式) <input type="checkbox"/> 収支予算書 (第4号様式) <input type="checkbox"/> 振込口座確認書類 (金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるものの写し)						

※活動開始月の末日 (= 4 月末日) までに申請してください。

※活動予定と活動実績に補助上限額に影響する相違があった場合、補助金を返還していただく場合があります。

[市役所使用欄]

算定補助額 (ア)	支出予算額 (イ)	決定補助額 (ア・イいずれか≤)
円	円	円

②

鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

団体名 _____

代表者 氏名 _____

〒 _____

住所 鎌倉市 _____

電話番号 _____

担当者 代表者と同じ

(代表者と異なる場合は以下に記載)

氏名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail _____

次のとおり、鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金について、申請します。

交付決定を受けた補助金について、下記の振込先を指定しますので、振込をお願いします。

主な活動内容		
活動の目的及び期待される活動の効果		
補助金申請内容	月活動回数（原則2回以上）【 】回/月	
	申請月 【 】年【 】月～【 】年【 】月分	
	活動月数（A） 【 】か月	
	申請活動回数（B） 【 】回/年	
	年間相当活動回数 B【 】×12（か月）÷A【 】=C【 】回	
	C <input type="checkbox"/> 年間相当24～35回⇒ 月5,000円×A【 】=【 】D	
	C <input type="checkbox"/> 年間相当36～47回⇒ 月7,500円×A【 】=【 】D	
C <input type="checkbox"/> 年間相当48回以上⇒ 月10,000円×A【 】=【 】D		
収支予算書（第4号様式）の支出額計	円（E）	
<（D）による上限額と（E）で少ない額> 申請額	円	
振込先	金融機関名 銀行・金庫・組合	
	預金種別 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通	
	支店名 本店・支店・出張所	
	口座番号	
	口座名義人（カタカナ）	
添付書類（必須）	<input type="checkbox"/> 団体活動計画書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 団体名簿兼活動記録表（第3号様式） <input type="checkbox"/> 収支予算書（第4号様式） <input type="checkbox"/> 振込口座確認書類（金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるものの写し）	

※活動開始月（交付申請をしようとする月）の末日までに提出してください。

※活動予定と活動実績に補助上限額に影響する相違があった場合、補助金を返還していただく場合があります。

〔市役所使用欄〕

算定補助額（ア）	支出予算額（イ）	決定補助額（ア・イいずれか≦）
円	円	円

鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金団体活動計画書

活動について	主な活動日時 ※運動を行う日時	（ ） 曜日 （ : ） ～ （ : ）		
	活動予定日 この活動回数と支出 予算額で補助額を決定します。	4月：	日	回数 回
		5月：	日	回数 回
		6月：	日	回数 回
		7月：	日	回数 回
		8月：	日	回数 回
		9月：	日	回数 回
		10月：	日	回数 回
		11月：	日	回数 回
		12月：	日	回数 回
		1月：	日	回数 回
		2月：	日	回数 回
		3月：	日	回数 回
活動回数 （どちらか）	<input type="checkbox"/> ①年間活動団体 年間【 】回／年 <input type="checkbox"/> ②年度途中からの活動団体 月間【 】回／月×【 】か月			
活動場所				
特記事項				
公表する 問合せ先 ※	担当者名			
	電話番号			
	F A X 番号			
	E-mail			
	新規の方の 参加方法	<input type="checkbox"/> 直接、活動日に行ってよい <input type="checkbox"/> 事前に連絡が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※ 問合せ先については、市で保管し、見学や入会希望の方に対して、その方の本人確認をしたうえで、団体の問い合わせ先を伝えます。また、その旨を、市から団体担当者の方に報告します。

