（様式１）

令和５年度　赤い羽根 小地域ケア会議推進助成事業

～みんなで地域づくりを応援しよう！～

〔申請書〕

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　美咲町社会福祉協議会

　美咲町共同募金委員会

　　会長　　村　上　　三　子　　殿

団体名

代表者名　 　　　　　　　　　　　㊞

住所

（連絡先　 　　　－ 　　　　　　）

令和５年度において、赤い羽根小地域ケア会議推進助成事業～みんなで地域づくりを応援しよう！～について、下記のとおり事業を実施しますので、要綱に基づいて次の通り助成金を交付されるように関係書類を添えて申請します。

記

１．事業名

２．助成申請額

　　　　　　　　　　　３０，０００　円

３．添付資料

　（１）事業計画・収支予算書（様式２）

（２）関係書類※上記様式以外で計画書や予算書があれば添付をお願いします。

　（３）助成金受け取り方法確認書（様式３※振込の場合は通帳のコピー**（表紙・見開きページ）**を添付してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (様式２ 事業計画・収支予算書） | | |  |  |  |
|  | **赤い羽根　小地域ケア会議推進助成事業　事業計画・収支予算書** | | | | |
|  | **活動名** |  | | | |
|  | **活動の目的 地域の課題** |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | **活動の種類**  **(当てはまる内容すべてに〇をお願いします。)** | ①小地域ケア会議の立ち上げ及び継続  ②他地域との情報共有や課題解決に向けた協議の場をもつ活動  ③居場所の創出や継続、活性化につながる活動  ④住民相互の支えあいや助けあいにつながる活動  ⑤住民が生きがいややりがい、役割などをもって活動に参加するための取り組み  ⑥その他地域福祉の推進につながる活動 | | | |
|  | **活動予定時期** |  | | | |
|  | **活動の内容** |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | <事業収支予算> | |  |  |  |
|  | 収支内訳（資金計画） | | 支出内訳（事業費内訳） | | |
|  | 項目 | 金額 | 項目 | 金額 | 摘要 |
|  | 助成金 | ３０，０００円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  | 計 |  |  |
|  | 【備考】 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（様式3　助成金受け取り方法確認書）

助成金受け取り方法確認書

今年度は手渡しもしくは振込での対応とさせていただきます。

どちらかに☑を入れてください。

□手渡し

□振込

助成日程は後日、決定通知にてお知らせいたします。

下記の内容にて提出をお願いいたします。

１．提出期限　　　**令和５年６月９日（金）**

　　　　　　　　　　　期限までに提出をお願いします。

振込を希望される場合はご記入ください。

２．振込先金融機関口座名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | １．普通・総合  ２．当座 |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 名義人 |  | | | | | | | |

**※金融機関に振り込む場合、振込手数料は助成額に含まれます。**

**※振込先に間違いのないよう、通帳のコピー（表紙・見開きページ）を添付して**

**ください。**

３．提出先　　　〒７０９－３７１７　岡山県久米郡美咲町原田２１５０

　　　　　　　　社会福祉法人　美咲町社会福祉協議会　地域福祉課

　　　　　　　　電話　０８６８－６６－７２２３

FAX　０８６８－６６－７１３３

（様式4　結果通知）

令和５年度　赤い羽根　小地域ケア会議推進助成事業

～みんなで地域づくりを応援しよう！～

〔結果通知書〕

令和　　年　　月　　日

団体名

　　　　　　　　　御中

社会福祉法人　美咲町社会福祉協議会

美咲町共同募金委員会

　　会長　　村　上　　三　子

令和５年度　赤い羽根小地域ケア会議推進助成事業

～みんなで地域づくりを応援しよう！～について

申請があった内容について、下記の通り助成が決定したので通知します。

記

１．事業名

２．助成決定額

　　　　　　　　　３０，０００円

３．振込日　　　令和　５年　　月　　　日

（様式５　実績報告）

令和５年度　赤い羽根 小地域ケア会議推進助成事業

～みんなで地域づくりを応援しよう！～

〔実績報告書〕

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　美咲町社会福祉協議会

美咲町共同募金委員会

　　会長　　村　上　　三　子　　殿

団体名

代表者名 　　 　 　　　　　　　㊞

住所

（連絡先 　　　　－　 　　　　　）

　令和５年度　赤い羽根小地域ケア会議推進助成事業～みんなで地域づくりを応援しよう！～助成金において、助成を受けた内容について取り組みを実施したので、関係書類を添えて報告します。

記

１．事業名

２．助成額

　　　　　　　　　　　３０，０００　　円

３．添付資料

　 （１）事業報告・収支決算書（様式６）

　　 （２）関係書類（上記様式以外で資料等あれば添付をお願いします。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (様式６ 事業報告・収支決算書） | | |  |  |  |
|  | **赤い羽根　小地域ケア会議推進助成事業　事業報告・収支決算書** | | | | |
|  | **活動名** |  | | | |
|  | **活動の目的 地域の課題** |  | | | |
|  |  | | | |
|  | **課題の達成度** | **５段階評価（数字に〇をお願いします）**  **１　　２　　３　　４　　５　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
|  | **活動を行った日程** |  | | | |
|  | **活動の内容** |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | <事業収支決算> | | | | |
|  | 収支内訳（資金計画） | | 支出内訳（事業費内訳） | | |
|  | 項目 | 金額 | 項目 | 金額 | 摘要 |
|  | 助成金 | ３０，０００円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  | 計 |  |  |
|  | 【備考】 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |