（様式１）

令和７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７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７年６月９日（月）**

　　　　　　　　　　　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3100-1

美咲町多世代交流拠点“みさキラリ”生涯学習センター　１階

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