様式４

**地域福祉活動計画推進事業助成申請書**

下記のとおり、地域福祉活動計画推進事業助成金交付の申請をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業名** |  | | | |
| **事業内容** |  | | | |
| **実施時期** | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　） | | | **参加予定人数** |
| **実施場所** |  | | | 約　　　　　　　　　人 |
| **共催団体等** | （1） | | （2） | |
| **事業収入（予算）** | **収入科目** | **金　　額** | | **内　　訳** |
| 参加者負担金 |  | |  |
| 助成金 |  | |  |
| 寄付金 |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| 合　　計 |  | |  |
| **事業支出（予算）** | **支出科目** | **金　　額** | | **内　　訳** |
| 謝金 |  | |  |
| 会場費 |  | |  |
| ボランティア保険 |  | |  |
| 消耗品 |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| 合　　計 |  | |  |

収受印

受付職員印

収受印

受付職員印

収受印

受付職員印

収受印

受付職員印

令和　　　年　　　月　　　日

　新潟市中央区社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地区社会福祉協議会

　　　　　　会長

（会長と担当者が異なる場合↓）

収受印

受付職員印

担当者名

担当者電話番号

様式５

**地域福祉活動計画推進事業助成報告書**

下記のとおり、報告いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業名** |  | | | |
| **事業内容** |  | | | |
| **実施時期** | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　） | | | 参加予定人数 |
| **実施場所** |  | | | 約　　　　　　　　　人 |
| **共催団体等** | （1） | | （2） | |
| **事業収入（予算）** | **収入科目** | **金　　額** | | **内　　訳** |
| 参加者負担金 |  | |  |
| 助成金 |  | |  |
| 寄付金 |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| 合　　計 |  | |  |
| **事業支出（予算）** | **支出科目** | **金　　額** | | **内　　訳** |
| 謝金 |  | |  |
| 会場費 |  | |  |
| ボランティア保険 |  | |  |
| 消耗品 |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| （　　　　　　　） |  | |  |
| 合　　計 |  | |  |

なお、助成金は下記の口座へ振り込みをお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **金融機関** | **金融機関名：　　　　　　　　　　　支店名：** |
| **口座番号** | **普通　　・　　当座　　　　　　　番号：** |
| **口座名義** | **フリガナ** |

※領収書・写真・通帳の写し（口座名義・口座番号・支店名が確認できる部分）を添付して提出してください。

令和　　　年　　　月　　　日

　新潟市中央区社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地区社会福祉協議会

収受印

受付職員印

　　　　　　会長

（会長と担当者が異なる場合↓）

担当者名

担当者電話番号