第１号様式（第８条関係）

**年度 韮崎市地域まるごと介護予防推進事業  
実施計画認定申請書兼概算払請求書**

　　　　年　　　月　　　日

　(宛先)韮崎市長

韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施要綱第８条の規定により、次のとおり実施計画を策定しましたので、認定いただきますよう申請します。

■事業実施団体および概算払請求者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地区名** | | 町　　　　　　　　　　　地区 | | | |
| **地区長** | **氏名** |  |  | **電話番号** |  |
| 日中ご連絡のつく番号をお願いします |
| **住所** | 〒 韮崎市 | | | |

地区長以外に実施総括責任者を委任する場合は、以下もご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施総括 責任者** | **氏名** |  |  | **電話番号** |  |
| 日中ご連絡のつく番号をお0願いします |
| **住所** | 〒  韮崎市 | | | |

■事業実施計画

|  |  |
| --- | --- |
| **重点対象者数別交付金額** | |
| 10人未満 | 13,000円 |
| 10人～19人 | 26,000円 |
| 20人～29人 | 39,000円 |
| 30人～39人 | 52,000円 |
| 40人～49人 | 65,000円 |
| 50人～59人 | 78,000円 |
| 60人～69人 | 91,000円 |
| 70人以上 | 104,000円 |

実施計画は別紙１のとおりです。

在宅で、事業に参加可能な重点対象者の人数は以下のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A:75歳以上** | **B:65歳以上 ひとり暮らし** | **C:重点対象者数 (A+B)** | **交付金申請額 (右表による)** |
| 人 | 人 | 人 | 円 |

※75歳以上かつ、ひとり暮らしの方は「B:65歳以上でひとり暮らし」に計上してください

また、実施計画の認定後は、韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施要綱第１３条第２項の規定により、次のとおり交付金の概算払を請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **請求額** | 円 | | | |
| **金融機関名** |  | **支店名** |  | 支店 |
| **種別** | 普通・当座・その他（　　　　　） | **口座番号** |  | |
| **フリガナ** |  | | | |
| **口座名義** |  | | | |

※口座番号や口座名義の誤りにご注意ください

（別紙１）実施計画

※実施予定日が未確定な場合は、上旬・中旬・下旬等の表記でも構いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **実施予定日** | **実施内容** | **備考** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |