

____年度 韮崎市地域まる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

記入例

____年 ____月 ____日

(宛先) 韮崎市長

韮崎市地域まる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
	住所	〒 韮崎市	

押印の確認をお願いします

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
	住所	〒 韮崎市	

日中ご連絡のつく番号をお願いします

■事業実施計画

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

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

※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

口座番号や口座名義の誤りにご注意ください。
間違いがありますと再度手続きをお願いすることになってしまい、補助金交付に時間をいただくこととなります。
事業の開始も遅れてしまいますので、ご協力のほどお願いいたします。

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。

No.	実施予定日	実施内容	備考
1	4月～8月 毎週土曜日	ラジオ体操(計22回)	〇〇公園にて
2	5月13日		
3	定期的な行事は合算でも構いませんので、実施回数ができるように記入してください。 また、実施計画の認定には年10回以上の事業実施が必要です。		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

修正液および修正テープは使用しないでください。
修正する場合は、二重線を引き、訂正印を押印してください。