第１号様式

　　年　　月　　日

　　国立市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

申請団体名

フリガナ

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

国立市地域介護予防活動支援補助金申請書

国立市地域介護予防活動支援補助金の交付について、国立市地域介護予防活動支援補助金交付要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

**１　申請団体**

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 |
| 構成人数 | 　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月末現在） |

**２　添付書類**

（１）活動計画書(第２号様式)

（２）団体の構成メンバー名簿

**３　これまでの本補助金及び他の補助金等の受給の有無**

該当欄に○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 有 | 無 |
|  |  |

補助金名 ：　　　　　年

　　　　　　　 　　　　　年

**４　連絡責任者**

日中連絡の取れる方を連絡責任者としてください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ役職・氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号 | 〔自宅〕　　　（　　　）〔携帯電話〕　　　（　　　） |
| ＦＡＸ | 　　　　　　　　（　　　） |
| メールアドレス |  |