


第1号様式

年 月 日

国立市長 殿

フリガナ **クニタチクラブ**  
申請団体名 **国立クラブ**  
フリガナ **クニタチ タロウ**  
代表者氏名 **国立 太郎** 

国立市地域介護予防活動支援補助金申請書

印鑑をお忘れなく！  
※ シャチハタ可

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   | 〒186-0003<br>国立市富士見台2-47-1 |
| 電話番号  | 042(576)2123               |
| 設立年月日 | 2022年 1月 1日                |
| 構成人数  | 15名 (2023年 7月末現在)          |

代表者の住所を記入してください。  
※ 事務所がある団体は事務所の住所も記入してください。

2 添付書類

提出日の前月末の人数を記入してください。

(1) 活動計画書(第2号様式)

(2) 団体の構成メンバー名簿

提出日の前月末または提出時の名簿を提出してください。

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 |
|---|---|
| ○ |   |

過去に本補助金の交付を受けたことがある団体は「地域介護予防活動支援補助金」と記入してください。

補助金名 : 令和4年 地域介護予防活動支援補助金  
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

書類の送付や連絡は原則、こちらの方にします。代表者と異なる場合、代表者には書類や連絡がいきませんので、ご注意ください。

|               |   |
|---------------|---|
| フリガナ<br>役職・氏名 | <b>クニタチ タロウ</b><br><b>代表 国立 太郎</b>                          |
| 住所            | <b>〒186-8501</b><br><b>国立市富士見台2-47-1</b>                    |
| 電話番号          | [自宅] <b>042 (576) 2123</b><br>[携帯電話] <b>090 (1234) 5678</b> |
| F A X         | <b>042 (580) 4210</b>                                       |
| メールアドレス       | <b>kunitachi_taro@○○○.com</b>                               |