

様式第1号

令和 年 月 日

社会福祉法人太田市社会福祉協議会
会長 黒澤 孝行 様

施設・団体名

代表者氏名

印

代表者住所

代表者連絡先(TEL)

障がい者サロン事業助成申請書

今般、標記事業を実施したいので、助成を受けたく下記のとおり関係書類を添えて申請致します。

記

1 申請額 _____ 円
(内 訳 5,000円 × 回)

2 添付書類

- (1)障がい者サロン事業計画書(様式第2号)
- (2)障がい者サロン事業収支予算書(様式第3号)
- (3)障がい者サロン事業助成金振込先用紙

障がい者サロン事業計画書

(1) 計画の概要

回数	日 時	場 所	参加者 ・ 協力者等	
1 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
2 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
3 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
4 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
5 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
6 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
7 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
8 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
9 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人
10 回	年 月 日()		参加者	人
			協力者	人

※協力者…ボランティア等

様式第3号

障がい者サロン事業収支予算書

※実施計画に記載していただいた、全回数分の合計額で記入してください。

収 入

(単位:円)

項 目	予 算 額	説 明
社協助成金		障がい者サロン助成金(5,000円× 回)
合 計		

支 出

(単位:円)

項 目	予 算 額	説 明
合 計		

障がい者サロン事業収支予算書

助成金は、年額まとめて支払われるので、
年額の記載をお願いします。
 (年間10回の場合は5万円)

収入

(単位:円)

項目	予算額	説明
社協助成金	50,000	障がい者サロン助成金(5,000円×10回)
団体負担金	50,000	
合計	100,000	

支出

(単位:円)

項目	予算額	説明
消耗品	40,000	消毒セット、工作材料費
景品	20,000	ゲーム景品代
お菓子・飲み物	40,000	
合計	100,000	

可能な範囲で詳細に記入してください。
 ※主として事業当日に使用するものを記入してください

※収入と支出の合計は、合わせてください。

障がい者サロン事業助成金振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支所 支店 出張所
口座の種類	普通(総合口座) 当座	口座番号
ふりがな		
名義		

※通帳の表面と表紙の裏面のコピーを添付してください。