# 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　長　　黒　澤　孝　行　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地 区 ・ 団 体 名 等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　氏　名 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 印

代　表　者　住　所

　　　　　　　　　 代表者連絡先(Tel)　　　　　　　　　　 　　 　　 　 　　　 印

## 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

申請いたします。

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

様式第２号

## 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 （ 予 定 ） |
| 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

（２）事業内容（○で囲む、複数可）

|  |  |
| --- | --- |
| 回数 | 事 業 内 容 |
| 1回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 2回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 3回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 4回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 5回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 6回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 7回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 8回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 9回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |
| 10回 | ア 食 事会 イ ゲ ーム ウ おしゃべり エ 健康測定 オ 食事づくり カ 体 操 |
| キ 研修 ク 仲間づくり ケ 情報交流 サ その他（ ） |

様式第３号

障がい者サロン事業収支決算書

令和　　　　年　　 月 日

### ※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 | 決算額 | 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 | 決算額 | 説 明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合 計 |  |  |

様式第３号

障がい者サロン事業収支予算書

記入例

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 | 決算額 | 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 | 決算額 | 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 |  |
|  |  | 可能な範囲で具体的に記入をお願いします。※主として事業当日に使用したものを記入してください |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　計 | 100,000 |  |

**※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。**