

平成 年 月 日

新潟県福祉保健部高齢福祉保健課在宅福祉係 行

申請団体等名 _____

「新潟県地域支え合い体制づくり事業」応募申請書

【団体の概要】 ※まだ設立されていない場合は、予定を記入してください。

ふりがな 団体名			
ふりがな 代表者名			
団体所在地	〒 (電話)		
設立年月日	年 月 日	会員数	人
団体等の概要	(設立の経緯、活動目的、活動状況を記載してください。)		

【連絡先】

ふりがな 氏名			
住所	〒		
電話			
FAX			
メールアドレス			

※組織・団体等の概要や活動状況がわかる資料を添付してください。
 (定款、会則、役員・会員名簿、会計報告書、活動記録、通信チラシなど)
 必要に応じて、資料の追加提出をお願いする場合があります。
 なお、いただいた個人情報は、本事業以外に利用することはありません。

【応募活動内容】

① 活動の内容

◆次のいずれかに○をつけてください。

地域の支え合い活動の立ち上げ ・ 地域活動の拠点づくり

【活動テーマ】
【対象者】
【活動概要】

② 補助を受けたい金額…活動費用のうち、補助を受けたい内容・金額を記入してください。
ただし、全ての費用が対象になるとは限りません。

総額 _____ **円**

内 容	金 額	内 容	金 額

注意) 対象経費とならないもの・・・賃金、飲食代、個人で利用する備品・物品の購入、
その他活動に直接関係ないと認められるもの など

※活動内容や活動費用について、具体的な資料を添付してください。