様式第4号

高齢者ふれあいサロン支援事業 助成金完了報告書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人
稲沢市社会福祉協議会長　様

所 在 地 ……

団 体 名 ……

代表者名 ……　㊞

令和　　年　　月　　日付け指令第　　号で補助金等の交付決定を受けた高齢者ふれあいサロン支援事業助成金について報告します。

また事業実績報告として、稲沢市に提出する「稲沢市高齢者ふれあいサロン事業実施報告書」の内容を貴会が閲覧することについて、同意します。

1 施行場所

2 施行期間　着手　令和　　年　　月　　日
　　完了　令和　　年　　月　　日

3 年間活動回数（実績）

４月	５月	６月	７月	８月	９月	１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月	合計