

様式第1号

社会福祉法人

稲沢市社会福祉協議会長 様

高齢者ふれあいサロン支援事業 助成金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

団 体 名															
所 在 地		(〒 ) TEL ( )													
代表者	氏 名														
	住 所	(〒 ) TEL ( )													
概 要	主な活動内容 ・活動場所	別紙「稲沢市高齢者ふれあいサロン登録票及び事業計画書」のとおり													
	年間活動回数 (予定)	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	
助成申請額		円 (積算根拠 : 1回あたり1,000円 × 回 (上限24回) )													