令和 　7年　 月　 日

小諸市社会福祉協議会

会長　細　谷　信　治　　あて

行政区　　　　　　　　　 　区

　　　　　　　　　　　　役職・代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

令和6年度介護予防地域交流事業　実績報告書兼補助金交付請求書

標記の件について下記のとおり実績を報告し、補助金を請求します。

記

１　実施回数　　　　　　　　　　**計　　　　　　　　 回**

4月～1月の実施回数　　　　　　　　　 回

2月～3月予定回数　　　　　　　　　　　　　 　　回

２　補助金申請額 　  **金　　　 　　　　　円**

内訳：　均等割　　　　金　　　　　 　　円

世帯数割　　　金　　　 　　　　円

実施回数割　　金　　　　 　　円

会場割　　　　金　　　　 　　 円

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

※令和6年度福祉推進委員会設置事業補助金交付の口座と**変更がある場合のみ記載**してください。変更がある場合は振込先の通帳の写しを添付してください。

以上