

新規 継続

令和 年 月 日

年度
地域高齢者福祉活動推進事業 助成金申込書

申請する グループ/団体名	(フリガナ)
代表者	(フリガナ)
	㊟
活動拠点	名称：
	住所：
連絡先 (日中の連絡先)	住所：〒 尼崎市
	電話： 携帯： FAX： ※ 代表者 ・ 代表者以外 ()
助成事業名	
申請理由	
事業総額	円
助成要望額	円
他の助成金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

様式 1-1

実施することによる 目的・効果	
実施予定日時	
活動範囲	全市 ・ 地区() ・ その他()
参加者数(見込み)	参加者 _____ 名程度
実施事業区分 ※いずれか該当する ものを一つ以上選択 してください。	<input type="checkbox"/> 地域における安全安心活動 <input type="checkbox"/> 引きこもり防止又は解消活動 <input type="checkbox"/> 高齢者が参画する地域住民交流事業 <input type="checkbox"/> 高齢者が参画する学習教養・敬愛事業
実施内容	
尼崎市地域情報 共有サイト 「あましえあ」	助成事業の「あましえあ」への登録、一般公開を <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない
地域高齢者福祉 活動推進事業から 助成を受けている ことのPR方法 (※複数可)	<input type="checkbox"/> 広報物でPRする <input type="checkbox"/> SNSで発信する <input type="checkbox"/> その他 ()

※申請いただいた内容は本助成と関係ないことには使用いたしません