

高齢者サロン事業実績報告兼助成金請求書

令和 年 月 日

（あて先）臼杵市社会福祉協議会会長

（請求者） 地区組織名 \_\_\_\_\_  
住 所 臼杵市(野津町)大字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

請求額 金 円

高齢者サロン事業の実施要綱に基づき、助成金について請求します。

【実績報告】

開催日	参加者数	活 動 内 容 (該当内容に○または記入 してください。)
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )
月	日 ( 人)      日 ( 人) 日 ( 人)      日 ( 人)	茶話会・体操・講話 その他( )

<支払いについて> 希望する番号に○をしてください。

- 1、現金を希望      2、振り込みを希望

◎振り込みを希望される方は、「銀行名、口座番号と名義がわかるページ」のコピーを提出してください。また、締切月の月末までには振り込まれますので、ご確認をお願いします。

※活動状況写真を2枚提出をお願いします。