様式第３号（第９条関係）

愛西市介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）補助金変更交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （宛先）愛西市長  団体名  所在地  代表者住所  代表者氏名  連絡先（電話）  愛西市介護予防・生活支援サービス事業費補助金交付要綱第９条の規定により、  次とおり補助金の変更交付を申請します。 | | | |
| サービス種別  □ 訪問型サービスＢ　□ 訪問型サービスＤ(類型Ⅰ)　□ 訪問型サービスＤ（類型Ⅱ）　□ 通所型サービスＢ（送迎なし）　□ 通所型サービスＢ（同一団体による送迎あり） | | | |
| 事業名 | | | |
| 実施期間  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| 実施場所 | | | |
| 変更前 | 総事業費  円 | 変更後 | 総事業費  円 |
| 補助金交付申請額  円 | 補助金交付申請額  円 |
| 団体の構成員数（構成員のうちボランティアの人数）  　　構成員数　　　　　　　人　（ボランティアの人数　　　　　　　人） | | | |
| 変更後の事業の内容  （１）実 施 日　　毎月　・　毎週　・　第（　　　）　　　曜日  （２）実施時間　　午前　・　午後　　　　時　　　分　～　　　時　　　分  （３）事業概要 | | | |
| 他の補助金等　　　　　□ 受けている　　　□ 受けていない | | | |
| 添付書類  （１）収支計画書　　（２）団体の構成員名簿（変更があった時） | | | |

収支計画書

収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内訳 | 金額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内訳 | 金額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（２）団体の構成員名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　　名 | 生年月日 | 住　　　所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |