令和　●年　▲月　■日

守口市長　様

事業者　　 　団体名　もりぐちカラコロクラブ

代表者住所　守口市京阪本通2-5-5

　　代表者氏名 守口　京子

　　 連絡先　06-6992-1614

守口市地域介護予防活動支援事業計画変更申請書

　守口市地域介護予防活動支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、事業計画の変更をしたく、次のとおり申請します。

記

変更年月日　　令和　●年　▲月　■日

変更項目　　☐ 代表者　☐ 開催回数　☐ 日時　☐ 場所　☐ 休止

　☐ その他( )

|  |  |
| --- | --- |
| **旧** | **新** |
| ◎代表者  代表者　　京阪　守男  代表者住所　守口市大宮通1-13-7  代表者連絡先　06-6992-1610  ◎開催回数  週１回  ◎日時  第２水曜日　10：00～11：00  ◎場所  中部エリアコミュニティセンター  ◎休止  休止期間なし | ◎代表者  代表者　　守口　京子  代表者住所　守口市京阪本通2-5-5  代表者連絡先　06-6992-1614  ◎開催回数  週２回  ◎日時  第２・３水曜日　10：00～12：00  ◎場所  第２水曜日：中部エリアコミュニティセンター  第３水曜日：守口自治会  ◎休止  令和●年８月１日～８月３１日 |

※活動内容に大きく変更がある場合は「守口市地域介護予防活動支援事業事業計画書」を添付してください。

**令和　　年度 守口市地域介護予防活動支援事業 事業計画書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施主体  （通いの場の名称） |  | | | | |
| 代表者 氏名 |  | | | | |
| 代表者 住所 |  | | | | |
| 代表者 連絡先 | （　　　　　　　　） | | | | |
| 事業費 | 円 | | | | |
| 活動期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 活動種目 | ☐運動・体操　☐脳トレ　☐趣味活動　☐その他 | | | | |
| 活動内容 |  | | | | |
| 事業目的 |  | | | | |
| 活動場所 |  | | | | |
| 開催日 |  | | | | |
| 休み予定日  （お盆・年末年始等） |  | | 祝日開催 | | 有 ・　無 |
| 開催時間 |  | | | | |
| 開催頻度  該当する記号に○ | ☐　月１回以上であり、月２回未満（月1,000円補助）  ☐　月２回以上であり、週１回未満（月2,000円補助）  ☐　週１回以上（月4,000円補助） | | | | |
| 現在の参加人数 | 名 | 人数（定員） | | 名 | |
| 講師の有無 | 有（☐謝礼有　☐謝礼無）　　・　　無 | | | | |
| 代表者以外に窓口となる方がいる場合 | 氏名　　　　　　　　　連絡先 | | | | |
| 特記事項 |  | | | | |
| 通いの場の活動について、守口市社会資源情報サイトに掲載することに同意します。  通いの場名　　　　　　　　　　　　　代表者名 | | | | | |