令和　　年　　月　　日

守口市長　様

事業者　　 　団体名

代表者住所

　　代表者氏名

　　 連絡先

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

　☐ その他( )

|  |  |
| --- | --- |
| **旧** | **新** |
|  |  |

※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（※補助金申請額） |
| 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 |  |
| 開催曜日 |  |
| 開催時間 |  |
| 休み予定日（お盆・年末年始等） |  | 祝日開催 | ☐有 ☐無 |
| 開催頻度 | ☐　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 | 定員人数 | 　　　　　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、ホームページ（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　　　　　　　　　　　 |