

(様式第1号)

坂井市介護予防拠点整備事業費補助金
事業実施計画書

1. 補助事業者

事業者名		種別	
介護予防拠点		施設所有者	
施設所在地			
建築年度		建築時の財源	

2. 現在取り組んでいる介護予防活動(複数可)

活動団体名		団体の種類	
参加対象者		参加者数(概ね)	
代表者氏名		役職	
活動内容			
活動頻度		活動時間	

活動団体名		団体の種類	
参加対象者		参加者数(概ね)	
代表者氏名		役職	
活動内容			
活動頻度		活動時間	

活動団体名		団体の種類	
参加対象者		参加者数(概ね)	
代表者氏名		役職	
活動内容			
活動頻度		活動時間	

4. 事業計画

*施設整備内容を項目ごとに記入して下さい。

整備箇所	
整備内容	

整備箇所	
整備内容	

整備箇所	
整備内容	

整備箇所	
整備内容	

整備箇所	
整備内容	

※欄が足りない場合はページを追加してください。

5. 補助事業完了後の介護予防活動

* 毎月の活動回数の合計が2回以上になるように計画してください。

【 新規・継続 】※どちらかに○

活動団体 (団体の種類)	開催時期・活動時間	参加者数(予定)	活動内容

【 新規・継続 】※どちらかに○

活動団体 (団体の種類)	開催時期・活動時間	参加者数(予定)	活動内容

【 新規・継続 】※どちらかに○

活動団体 (団体の種類)	開催時期・活動時間	参加者数(予定)	活動内容

6. 補助事業完了後の実績報告について

*5年間継続して実績報告できる方を【実績報告責任者①】に記入してください。

*区長・民生委員等、報告責任者が途中で役職交代し、後任の方に引き継ぐ場合は、その旨を備考欄に記入してください。

【実績報告責任者①】(5年間継続)

氏名		役職	
住所		電話番号	
メールアドレス	@		
備考欄			

【実績報告責任者②】

氏名		役職	
住所		電話番号	
メールアドレス	@		
備考欄			

7. 留意事項の確認(□欄にレ点を付けてください。)

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/>補助事業完了後、月2回以上の介護予防活動を継続し、5年間実績報告書を提出することが義務付けられています。</p> <p><input type="checkbox"/>実績報告責任者が交代する場合、後任の方に必ず引き継ぎをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>上記の実績報告を途中で中止した場合、補助金を返還して頂くことがあります。</p> |
|---|