様式4

ふれあいサロン実施報告書（兼補助金請求書）

社会福祉法人

智頭町社会福祉協議会会長 様

 グループ名

代表者氏名　　　　　 　　　　　　印

　　　月分（期間：２０２３年４月１日～２０２４年３月３１日まで）

なるべく、実施した月の報告書は翌月１５日までに提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動日(曜日) | 活動時間 | 活動場所 | 活動内容 | 会員の参加人数(5人以上) |
| 日( 　) |  |  |  | 　人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 日( 　) |  |  |  | 　人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 日( 　) |  |  |  | 　人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 日( 　) |  |  |  | 人 |
| 会員の参加人数 合計 | 人 |

|  |
| --- |
| 事務局記入欄 |
| 登録番号 |  |
| 補助金額 |  |

上記のとおり実施したので、補助金を請求します。

　　　　年　　月　　日

会員の参加人数合計　　　　人 × １００円 ＝　　　　　　円

 ふれあいサロンは、赤い羽根共同募金の助成金を活用しています。