

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：2024年4月1日～2025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

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

事務局記入欄	
登録番号	
補助金額	



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。