様式第１号（第７条関係）

岩沼市市民活動助成金交付申請書

年　　月　　日

岩沼市長　　殿

団体名

住所

代表者名

連絡先　　（　　　　）

岩沼市市民活動助成金交付要綱第７条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　交付申請額　　一金　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

⑴　事業計画書

⑵　収入支出予算書

⑶　規約、会則その他の組織に関する定めを示した書類

⑷　ごみ出し支援事業を実施する場合においては、「岩沼市市民活動助成金

　高齢者等ごみ出し支援事業対象者名簿」（様式第１号の２）

別添１

岩沼市市民活動助成金　事業計画書

年　　　月　　　日

団体名

住所

代表者名

電話番号（　　　　）

１　申請事業名　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

２　事業の目的

|  |
| --- |
|  |

３　事業の内容

|  |
| --- |
|  |

４　交付対象事業　　（該当番号に○）

1. 地域の特色を生かし、その魅力を高める事業
2. 地域の自助力の向上を図る事業
3. 地域コミュニティの活性化につながる事業
4. 地域の課題解決を図る事業

５　事業実施のスケジュール

事業実施期間　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

６　事業の効果

具体的に記入してください

|  |
| --- |
|  |

７　この事業について、国・県・市等の助成制度への申請の有無（該当に○）

　　無　・　有（助成制度名称　　　　　　　　　　　　　　　　　）

別添２

岩沼市市民活動助成金　収入支出予算書

　　団体名：

収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　　額 | 内　訳 |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 内　訳 |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

* 収入と支出の合計は同額となります。
* 見積額が確認できるものを必ず添付してください。

別添３

岩沼市市民活動助成金　申請団体調書

１　申請団体名

　住所

代表者名

　電話番号/ＦＡＸ 　（　　　　）

２　連絡担当者名

（上記代表者と同じ場合は「同上」と記入してください）

連絡先住所

連絡先電話番号/ＦＡＸ　（　　　　　）

３　設立年月日　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日

４　会員数　　　　　　　　　　　　名

５　会員名簿　（氏名、住所、電話番号）

６　設立趣旨、組織の運営方法

７　主な活動内容、活動実績

８　主な活動場所、活動拠点

９　申請団体の口座の有無　　有　・　無　　（団体口座開設予定の　有　・　無　）

様式第１号の２（第７条関係）

岩沼市市民活動助成金　高齢者等ごみ出し支援事業対象者名簿

　　　年　　月　　日

団体名：

支援対象者合計：　　　　　　人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | （フリガナ）  対象者氏名 | 住所 | 生年月日 | 該当事由 | 備考 |
| 1 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 2 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 3 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 4 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 5 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 6 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 7 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 8 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 9 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |
| 10 |  | 岩沼市 | 年　月　日 | □高齢のため  □障害のため  □その他  （　　　　　　　） |  |

※同一世帯に対象者が複数いる場合は、代表者1名をお書きください。

※行が不足する場合は、適宜追加して記入してください。