参考様式－０２（要綱第６条関係）

日進市住民主体による介護予防・生活支援サービス事業補助金　事業計画書

氏名又は団体名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助対象事業 |  | 住民主体訪問型サービス |
|  | 住民主体通所型サービス |
|  | 住民主体移動支援サービス |
| 補助対象事業の  名称 |  | |
| 事業の目的 |  | |
| 実施日 |  | |
| 実施時間 | 午前・午後　　　　時　　　分～午前・午後　　　　時　　　分 | |
| 実施場所  （住所・地区） | （施設等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 実施内容 |  | |
| 実施責任者 | 氏名  連絡先　電話  　　　　ファクス  　　　　電子メール | |
| 運営スタッフ | 人 | |
| 参加・利用者の  見込み | １回あたり　　　　　人 | |
| 参加・利用料金等 | □有　（　　　　　　　　　　円）  　□無 | |
| その他特記事項 |  | |

※補助対象事業の詳細がわかる資料があれば添付してください。