参考様式－０４（要綱第１０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　事業報告書

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 | 　 |
| 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〒　　　　－（施設等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加・利用者数 | 　　　　　　　　　　人内要支援認定者・事業対象者の受け入れ実績の有無　有（　　　　　　　人）・無 |
| 実施内容 |  |
| 事業の成果 |  |
| その他特記事項 |  |

※事業の開催を周知したチラシや活動の様子が分かる写真等を添付してください。

※その他補助対象事業の実績がわかる資料があれば添付してください。

参考様式－０４（別紙）

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　事業実施記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 時間 | 内容 | 参加人数 |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ： 　～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ： 　～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |
| 年　　月　　日 | ：　 ～　　：　 |  |  |

※行が不足する場合は、適宜追加してください。