様式第１号（第６関係）

年　月　日

北上市長　様

届出者　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業実施届出書

支え合い通所介護サービス事業を実施したいので、北上市支え合い通所介護サービ

ス事業費補助金交付要綱第６の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表者 | 住所 | |  |
| 氏名 | | （ボランティア養成講座受講番号　　　　　　番） |
| 従事者 | 1 | 住所 |  |
| 氏名 | （ボランティア養成講座受講番号　　　　　　番） |
| 2 | 住所 |  |
| 氏名 | （ボランティア養成講座受講番号　　　　　　番） |
| 3 | 住所 |  |
| 氏名 | （ボランティア養成講座受講番号　　　　　　番） |
| 活動場所 | 所在地 | |  |
| 名称 | |  |

様式第２号（第７関係）

年　月　日

北上市長　様

　　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業変更（中止）届出書

支え合い通所介護サービス事業を変更（中止）したいので北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱第７の規定により、次のとおり届け出ます。

１　変更（中止）の理由

２　変更（中止）の内容

様式第３号（第８関係）

年　　月　　日

　北上市長　様

申請者　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付申請書

　　年度において北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金の交付を受けたいので、北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱第８の規定により、関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を申請します。

記

　　　補助申請額　金　　　　　　　円

添付書類

　北上市支え合い通所介護サービス事業計画書（様式第４号）

様式第４号（第８関係）

北上市支え合い通所介護サービス事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名  ※代表者と担当者が異なる場合のみ記入 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | |
| 活動地域 |  | |
| 活動場所 |  | |
| 主な内容 |  | |
| 開催日時 |  | |
| 各回参加見込み人数 | 人 | うち利用者参加見込み数  　　　人 |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助申請額 | 円（　　　　　　円×　　　　回） |

様式第５号（第８関係）

北上市指令　第　号

　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付決定通知書

　　　年　月　日付けで交付申請のあった支え合い通所介護サービス事業費に対し、補助金　　　　円を交付することに決定したので、北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱第８の規定により通知します。

　　年　月　日

北上市長　　　　　　　　　　印

備考　１　北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金の交付決定を受けた事業者（以下「補助事業者」という。）は、北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱（平成29年北上市告示甲第32号）、北上市補助金交付規則（平成３年北上市規則第57号）及び北上市補助金交付要綱（平成３年北上市告示第16号）に従ってください。

２　補助事業者は、この補助金に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を整え、かつ、当該収入及び支出についての証拠書類を、補助事業完了の翌年度から起算して５年間整備保管してください。

様式第６号（第９関係）

年　月　日

　北上市長　様

請求者　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付請求書

　　　年　月　日付け北上市指令　第　号で交付決定のあった北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金について、北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱第９の規定により、次のとおり請求します。

記

　　補助金交付決定額　　金　　　　　　円

　　補助金請求額　　金　　　　　　円

様式第７号（第９関係）

北上市支え合い通所介護サービス事業提供実績記録表

団　体　名

代表者氏名

１　活動の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 活動日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 時間 | 時　　　　分から　　　　　時　　　　分まで | | |
| 内容 |  | | |
| 従事者氏名 |  |  |  |
|  |  |  |

２　利用者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 氏名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第８号（第９関係）

北上市支え合い通所介護サービス事業活動記録票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団　体　名 |  | |
| 代表者氏名 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施回数 | 活動日 | 時間 | 参加者数 | うち利用者数 | 補助金額 |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
|  | ／ | ：　　～　　： |  |  |  |
| 合計 | | |  |  |  |