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） |