

【船橋市アクティブシニア介護予防補助金 申請様式】

第1号様式：船橋市アクティブシニア介護予防補助金交付申請書

第2号様式：申込団体概要書

第3号様式：活動計画書

第4号様式：収支予算書

※申請書類はホッチキス（芯なし）でまとめておりますので、必要に応じて切り離してご作成願います。

※記入の際には、募集要項の各様式の記載例を参考に記載してください。

※新規に申請をされる団体は、下記まで事前にご連絡願います。

【申請書類 郵送先】

提出は郵送でお願いいたします。

〒273-8506 船橋市北本町 1-16-55 船橋市 健康づくり課 介護予防推進係（補助金担当） TEL：047-409-3817

(第1号様式)

船橋市アクティブシニア介護予防補助金交付申請書

年 月 日

船 橋 市 長 あて

団 体 名

所 在 地

代 表 者 名

住 所

令和7年度船橋市アクティブシニア介護予防補助金の交付を受けることを希望するので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 活動の名称（体操の名称もしくは内容を簡潔に記載ください）

2 活動の着手・完了予定期日

着手予定： 年 月 日

完了予定： 年 月 日

3 交付を受けようとする補助金の申請額

_____円

4 添付書類

- (1) 申込団体概要書（第2号様式）
- (2) 活動計画書（第3号様式）
- (3) 収支予算書（第4号様式）
- (4) 組織の運営に関する定め（定款、規約、会則等）及び会員名簿（任意様式）
- (5) 補助対象活動の内容及びその効果を説明する資料（任意様式）

申 込 団 体 概 要 書

年 月 日

団 体 名	(ふりがな)
所 在 地	〒
代表者氏名	(ふりがな)
連絡者氏名	(ふりがな) 〒 住所 電話 FAX e-mail @
団体設立年月 及び活動年数	年 月設立 年 カ月 (年 月 日現在)
会員数(構成員数)	人(うち市内在住者 人)
団体の目的	
主な活動内容	

【欠格条項の確認】次のいずれにも該当する団体ではないことを確認のうえ、補助金を申請します。

☐ (1) 宗教の教義を広め、儀式行事を行い、及び信者を教化育成することを目的とする団体

☐ (2) 政治上の主義を推進し、支持し、又は反対することを目的とする団体

☐ (3) 暴力団又は暴力団若しくは暴力団員がその活動を支配する団体

☐ (4) 特定の公職（公職選挙法（昭和25年法律第100号）第3条に規定する公職をいう。以下同じ。）の候補者（当該候補者になろうとする者を含む。）若しくは公職にある者又は政党を推薦し、支持し、又はこれらに反対することを目的とする団体

☐ (5) 団体に課された市税を滞納している団体

上記項目に該当していないことを確認のうえ、☒を記入してください。

団 体 名

(第3号様式)

活 動 計 画 書

年 月 日

活 動 の 名 称 (簡潔に記載)	
補助金申請額	①申請額 _____ 円 ②本申請活動に係る補助対象経費総額 _____ 円 ③補助率 _____ %
実施内容および 期待される効果 (どのような介護予防活動を実施するのか、また、この活動を行うことで、どのような介護予防効果が得られる見込みかについて説明してください) ・いつ？ ・どこで？ ・誰を対象に？ ・どんなことを？ ・どんな風に？ ・どのような効果が？	活動場所 活動の参加者 活動内容（体操の内容、使う道具などを詳細に） 活動の効果
活動スケジュール (介護予防活動終了日までの月毎のすべての日程と実施事項を記入してください)	

団 体 名	
-------	--

(第4号様式)

収 支 予 算 書

年 月 日

収 入			
【区 分】	細 目	金 額 (円)	積算内訳 (補助率)・備考
市負担分			補助率 %
団体自己負担分			
収入合計額 (A)			

支 出			
【費 目】	細 目	金 額 (円)	積算内訳・備考
消耗品費及び 原材料費			
使用料			
印刷製本費			
通信費			
保険料			
報償費			
食料費			
支出合計額 (B)			

- * 収入合計 (A) = 支出合計 (B) となるように記入して下さい。
- * 積算内訳の紙面が足りない場合、別紙 (任意様式) に記入の上ご提出下さい。