|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　額 | | **円** | | | | | | | |
| ふれあいサロン名称 | | （自治会名　　　　　　） | | | | | | | |
| 主な実施場所 | |  | | | | | | | |
| 代表者 | 住　所 | 電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | |
| 対　象　者 | | 高齢者 | （　　　　） | | | 人 | 協力者 | （　　　　） | 人 |
| 子ども | （　　　　） | | | 人 | その他 | （　　　　） | 人 |
| 活動予定日時 | | 月（　　）回 | | 第（　　　　）曜日（　　）時（　　）分～  （　　）時（　　）分 | | | | | |
| 会　　　費 | |  | | | | | | | |
| 実施計画（主なサロンの活動内容や外出予定など）※各団体作成のものでも可。 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

社会福祉法人山県市社会福祉協議会長 様

代表者住所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**サロンの保険加入申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1回の参加人数 | × | 開催日数 | × | 保険料 | ＝ | 合計金額 |
| 名 | 日 | **A　13円** | 円 |
| **B　27円** |

※ここまで記入し保険料と一緒に山県市社会福祉協議会へご提出してください。

受取日　　　年　　　月　　　日　　受付者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　領収印

**保険料受領証**

サロン名　　　　　　　　　　　　様

受領金額　￥　　　　　　　　　円

ふれあいサロン障害補償保険料として上記金額を受け取りました。

　　　　　　　　　　内訳　　　名×　　　日×　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 領収印 |  |

年　　　月　　　日　社会福祉法人山県市社会福祉協議会