様式第１号（第５関係）

介護予防事業自主活動団体育成補助金交付申請書

年　　月　　日

大町市長　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所又は所在地 |
| 氏名又は名称　　　　　　　　　　　印 |

次のとおり　　年度大町市介護予防事業自主活動団体育成補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の目的 |  |
| 補助事業の内容  及びその効果 |  |
| 補助金交付を  必要とする理由 |  |
| 補助事業等の  実施期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 交付を受けようとする補助金の額 | 円 |
| その他 |  |