**令和　8　年度　社協のサロン事業**

申　込 用 紙 （広域サロン）

（様式１－③）

広域サロン事業（あてはまるものに○）

高齢者 　・ 　障がい者 　・ 　子育て

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （正式名称でご記入下さい） | | | | | |
| **実　施　会　場** | （実施する可能性があるすべての会場をご記入ください）　※保険適用に関わります | | | | | |
| **実　施　内　容** | 回　数 | 毎月　　　　回 | | 年間　　　　　回 | | |
| **活動日** | 第　　　　　曜日　　　又は　　　　日 | | **参加者**  **人　数** | 名 | |
| **活動時間** | ：　　　　　　～　　　　　： | | **自己**  **負担** | 月　　　　　　　　　　円 | |
| **ふ　り　が　な** |  | | **電話** |  | | |
| **代　表　者　名** |  | |
| **携帯** |  | | |
| **代表者　住所** | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |
| **サロンに参加したい等の相談があった際に連絡してよろしいですか？**  **※社協より連絡させていただきます。** | | | | | | * はい |
| □いいえ |
| 事務連絡者（代表者と同じ場合は記入不要） | | | | | | |
| ふ　り　が　な |  | | 電話 |  | | |
| 事務連絡者名 |  | |
| 携帯 |  | | |
| 事務連絡者住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |

**※上記サロンの助成金振込先口座（通帳）のコピーを必ず添付してください（裏面）。**

※本申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的のみに利用させていただきます。

**《申込先》　恵那市社会福祉協議会地域福祉課**まで

|  |  |
| --- | --- |
| 問い合わせ先 | 恵那市社会福祉協議会 地域福祉課　恵那市大井町727-11　☎２６－５２２0 |

**助成金振込先口座**

|  |
| --- |
| 【通帳の見開き（表紙の裏面）をコピーして貼って下さい】 |