年　　月　　日

　　　長浜市長　　　　　あて

住所（所在地）

氏名（名称及び代表者）

認知症カフェの名称

担当者　氏名

電話番号　　　　　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は、原則として記名押印が必要です。

長浜市補助金等交付規則第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年度 | 補助金等の名称 | 長浜市認知症カフェ支援事業補助金（運営支援補助金） |
| 補助事業等の目的及び内容 |  |
| 補助事業等の経費所要額内訳 | 1. 開催回数　　　　　　 　　　　　　　　　回

（１会計年度につき１２回までの交付）1. 補助限度額

　　　　　　　円× 　　回＝　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　（1,000円未満切捨て）1. 補助対象経費 支出予定額　 　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　（1,000円未満切捨て）1. ②と③のいずれか少ない額　　　　　　　　円

 （交付申請額） |
| 交付申請額 | 円　 |
| 補助事業等の完了予定年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 添付書類 | 事業（変更）計画書収支（変更）予算書市町村民税を滞納していないことを証する書類（その発行の日から１月以内のものに限る。） |