

様式第1号（第5条関係）

東かがわ市地域介護予防活動支援事業申請書

令和 年 月 日

東かがわ市社会福祉協議会 様

(届出者)

住 所

代表者名

㊞

(電話番号 )

下記により東かがわ市地域介護予防活動支援事業を実施したいので、東かがわ市地域介護予防活動支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、申請します。

記

事業名	事業
実施団体名 及び代表者	
事業実施予定日	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
参加予定人数	名程度
事業内容	
支援を必要とする内容	
備考	

※ 資料があれば添付すること。