

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

年 月 日

東かがわ市長 様

(届出者)団体名
住 所
代表者名 印
(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	
実施団体名 及び代表者	
事業実施予定日	年 月 日
参加予定人数	
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。

様式第5号(第7条関係)

東かがわ市地域介護予防活動支援事業実施報告書

年 月 日

東かがわ市長 様

団体名
住 所
代表者名 印
(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ので、東かがわ市地域介護予防活動支援事業実施要綱第7条の規定に基づき、報告します。

記

事業名	
実施団体名 及び代表者	
事業実施日	年 月 日
参加者数	
事業実施内容及び 実施後の感想等	
備 考	

資料があれば添付すること。