柏崎市健康推進員協議会

**令和６（2024）年度　活動補助費申請書兼報告書**

提出日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地区名**（最寄りのコミセン） | 地区 | **町内会名** |  |
| **申請者**（健康推進員名） |  | **連絡先** |  |

**【活動内容】**

|  |  |
| --- | --- |
| **日　時** | 令和 　　 年 　 月 　 日 （ ）　　　月　・　年　　　　　　　　回 |
| **会　場** |  | **参加人数** | 　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| **活動補助****使用目的** |  |
| **活動補助**○をつける | □　印刷代　　　　（　　　　　　　　　　　円）**※レシートを裏面に****貼り付けて下さい**□　印刷用紙代　（　　　　　　　　　　　円）合計金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　 |

**【内容・利用方法】**

・健康推進員が地区、または町内会単位で行う活動を対象とします。

・1つの活動につき、年間5,000円以内とします。

・対象となる項目は下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| **印刷代** | 実費（啓発用チラシ等印刷代） |
| **印刷用紙代** | 実費（用紙代） |

・　「活動補助費申請書兼報告書」　の裏面に、領収書またはレシートを添付し、地区担当

保健師に提出してください。

・啓発用チラシや資料印刷で利用した場合、1部見本を添付してください。

**【書類の提出】**

**・随時受付**をします。事務局で内容を審査し、随時お支払いします。

（※申請内容について、事務局よりご連絡させていただく場合があります。）

・活動終了後、速やかに申請をしていただくようお願いします。また、やむを得ず当該年度中に

申請ができない場合は、事務局にご連絡ください。

**【受取日】**

・受取日は随時、事務局での審査終了後、支払決定通知をします。

申請者が印鑑をご持参の上、事務局（健康推進課）で補助費をお受け取り下さい。

・不明な点につきましては事務局（健康推進課：20-4214）までお問い合わせください。