柏崎市健康推進員協議会

**令和５（2023）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　 |

**【利用条件】**

・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】**

**・提出締切日は５月、２月の各理事会まで**　とし、理事会にて承認後のお支払いとなります。（※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。）

・２月理事会までに申請書を提出できない場合は、地区担当保健師を通して、事務局（健

　康推進課）まで連絡願います。その場合、次年度理事会で承認後のお支払いとなります。

**【受取日】**

・受取日は５月、２月各理事会承認後、支払決定通知の文書を郵送しますので、その後、

　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健康推進課（事務局：20-4214）までお問い合わせください。