|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補　助　金　交　付　申　請　書  令和　　年　　月　　日  加　古　川　市　長　　様  ≪補助申請者≫  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　補助金の交付を受けたいので、加古川市認知症カフェ運営事業補助金交付要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。また、交付申請を行うに当たり、補助申請者は加古川市認知症カフェ運営事業補助金交付要綱第４条第１項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。 | | | |
| 補助年度 | 令和元年度 | 補助金等の名称 | 認知症カフェ運営事業補助金 |
| 補助事業の名称 | 加古川市認知症カフェ運営事業 | | |
| 補助事業の内容 |  | | |
| 認知症カフェの設立年月等 | 年　　　月　　　日 | | |
| 補助金の  交付申請額 | 円 | | |
| 補助事業の着手  及び完了年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日から令和 年 月 日まで | | |
| 添付書類 | １　事業計画書  ２　収支予算書  ３　認知症カフェ構成員名簿  ４　その他 | | |