

令和4年 月

日

静岡県作業療法士会地域事業部 チャレンジ事業(令和4年度事業) 申請書

公益社団法人静岡県作業療法士会 会長 様

団 体 名 もしくは 個人名	(法人：法人格がある場合)			
	設立年月日		認可年月 日	
	〒 _____ _____ (電話) (fax)			
	印			
担当者 氏 名				
e-mailアドレ ス				
担当者連絡先	〒 _____ (電話) (fax)			

下記事業に支給を受けたく関係書類を添えて申請いたします。

記

支給希望額 円 (千円未満切捨)

内 訳

事 業 費

円 (様式1の事業計画のとおり)

添付書類 (必須)

1. 法人の場合は定款、寄付行為、又は会則
2. グループ・団体のパンフレットまたは要覧 (個人の場合は不要)
3. 活動拠点の地図

上記以外に、静岡県作業療法士会地域事業部が必要と認めた資料を提出いただく場合があります。

(注) 本申請書及び添付書類の内容は、個人名を除き一覧表を作成し審査資料として利用します。
本申請書及び添付書類は、情報公開の対象となります。(ホームページ含む。)

団 体 ・ グ ル ー プ の 概 要

主 な 活 動 拠 点	建物名称			
	住 所			
	建 物	(自己所有・借家) (借家の所有者：)		
	敷 地	(自己所有・借地) (借地の所有者：)		
会 員 数		名	職 員 数	名
		名	(内有給職員)	名
令和 2 年 度 総 収 入 額	円	※総収入の内、行政からの補助金・委託金 0 円		
活動対象地域 (○印をつけてく ださい。)	1. 当該市町全域 2. 当該市町の一部 3. 当該市町と周辺市町 4. その他			
対 象 者 (○印をつけてく ださい。)	1. 市民全般 2. 高齢者 3. 身体障害者 4. 知的障害者 5. 精神障害者 6. 母子 7. 父子 8. 児童・青少年 9. その他 (具体的に：)			
設 置 目 的 活 動 内 容 (箇条書き で)				

(様式1)

事業費に係る事業計画

申請事業名	※感染症予防対策についてご記入ください。				
申請事業の 目的・必要性					
申請事業の 内 容					
申請事業を 実施した場合 の成果					
対 象 者	☐ 市民全般 ☐ 高齢者 ☐ 障害者 ☐ 児童青少年	☐ その他 () (名)	実施時期	☐ 通 年 ☐ __月頃 ☐ その他 ()	実施回数 (回)
事業成果の 公表の方 法					
資金計画			積算基礎内訳 (資金計画の計と同額)		
項 目	金 額		節	金 額	
支 給 希 望 額		円	人件費		円
			賃借料 (光熱費)		円
自 己 負 担 金		円	活動費		円
			広告費		円
利用者負担金		円			
計		円	計		円
備考 (支給希望額は千円未満切捨)					

