

ふれあいサロン登録申請書兼個人情報提出同意書

(申請日) _____ 年 ____ 月 ____ 日

智頭町社会福祉協議会長 様

ふれあいサロンを利用したいので下記のとおり登録およびふれあいサロン補助金の支給を申請します。また、智頭町内の福祉向上のため、サロン代表者の連絡先を智頭町に提出することに同意します。

| | |
|---------------------|---|
| グループ名 | |
| 代表者氏名 | 印 |
| 代表者住所 | 智頭町大字 |
| 代表者連絡先 | 0858-7 - |
| 登録会員 | 名 (別紙のとおり) |
| 活動内容 | どのような活動を行いますか どのくらいの頻度で行いますか |
| チェック欄 (✓を入れて下さい) | <input type="checkbox"/> 町や県などからサロン以外の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 体育協会やスポねっとちづには加盟していません。 |

※今年度の登録申請期間は4月1日～6月30日までです。
 ※登録期間を過ぎるとグループ補助費の助成ができませんので
 ご注意ください。

| 事務局記入欄 | | |
|--------|--|---|
| 入力日 | | 印 |
| 振込予定日 | | |
| 補助金 | | 円 |