第１号様式

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　印

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成申請書

健康づくり運動実践活動助成対象事業として、下記のとおり事業を行いたいので、市町村健康づくり運動実践活動助成要綱第第５条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金申請額　　　　　　　金　　　　　　　円

３　添付書類

（１）　事業実施計画書

（２）　事業経費明細書

申請者（担当者）署名

「公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団健康づくり運動実践活動団体助成事業実施要綱」及び「市町村健康づくり運動実践活動団申請事務マニュアル」を熟読し、内容を理解しました。

担当者氏名　　　　　　　　　　　印（認印）

第１号様式の２

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　印

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動

助成対象事業計画変更申請書

　　　年　　月　　日付沖事第　号で助成決定通知のあった事業に関して事業計画を変更したいので、市町村健康づくり運動実践活動助成要綱第８条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成対象事業名 |  |
| ２　助成決定金額 | 金　　　　　　円 |
| ３　計画変更後  助成申請額 | 金　　　　　　円 |
| ４　変更内容及び理由 |  |
| ５　添付書類 | （１）　事業実施計画書　（２）　事業経費明細書 |

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業については、下記のとおり助成決定しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　　　　　　金　　　　　　　円

３　助成条件

＊　注記

　１　　助成事業者は、助成対象事業が完了したときは、事業の成果に関する評価を行い、助成事業実績報告書兼助成金請求書（第５号様式）に領収書の写し等必要な書類を添えて、事業完了の日から３０日以内に理事長に提出して下さい。

　２　助成事業実績報告等の内容を審査し、助成金の額を確定するものとします。

第２号様式の２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動

助成対象事業計画変更申請承認通知

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業計画の変更について、下記のとおり承認しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　　　　　　金　　　　　　　円

３　助成条件

＊　注記

　１　　助成事業者は、助成対象事業が完了したときは、事業の成果に関する評価を行い、助成事業実績報告書兼助成金請求書（第５号様式）に領収書の写し等必要な書類を添えて、事業完了の日から３０日以内に理事長に提出して下さい。

　２　助成事業実績報告等の内容を審査し、助成金の額を確定するものとします。

第３号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成不承認通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業については、下記理由により助成できないので通知します。

記

１　対象事業名

２　不承認理由

第３号様式の２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動

助成対象事業計画変更申請不承認通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました事業計画変更については、下記理由により承認できないので通知します。

記

１　対象事業名

２　不承認理由

第４号様式

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　印

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成申請取下書

　　年　　月　　日付けで助成決定を受けました下記事業については、助成申請を取下げいたします。

記

１　助成対象事業名

２　取下げ理由

第５号様式

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理　事　長　安里　哲好　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　印

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成金請求書

　　年　　月　　日付けで助成決定のありました事業が完了しましたので下記のとおり報告し、助成金を請求します。

記

１　助成対象事業名

２　事業実績報告

　　別紙事業実施報告書及び経費精算書のとおり

３　助成金請求額　　金　　　　　　　　円

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人  （カタカナ） |  |

　　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも添付して下さい。

第６号様式

事 業 実 績 報 告 書

事業名：

日時：

場所：

参加者数：

事業目的：

事業内容：

事業成果：

今後の展望：

※記録写真等の添付は、別紙にて提出お願い致します。

第７号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖　事　第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　殿

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

　理　事　長　安里　哲好

２０１９年度市町村健康づくり運動実践活動助成金確定通知書

　　年　　月　　日沖事第　号で助成決定した事業については、下記のとおり助成金の額を決定しましたので、通知します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金予定額　　金　　　　　　　　　円

３　助成金確定額　　金　　　　　　　　　円

４　助成金振込予定日　　　　年　　月　　日

事　業　実　施　計　画　書

　　　　　　　　　　　　　　　実施市町村名

　　　　　　　　　　　　　　　担当部署名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 実施予定期間 |  |
| 事業の目的 |  |
| 事業の内容 |  |
| 期待される  効果 |  |
| 事業完了後の事業継続に  関する  計画及び意向 |  |

事　業　経　費　明　細　書

　　市町村名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 金額(円) | 積算内訳 |
|  |  |  |
| 総経費 |  |  |
| 総経費×０.７ |  |  |
| 申請金額 |  |  |