

様式第 1 号（第 1 2 条関係）

※ 事務局記入欄		整理番号
☐ スタートアップ	回目	
☐ ステップアップ		
☐ 高齢化対策		
☐ スマイル連携	回目	
☐ スマイル育成	回目	

令和〇〇年〇〇月××日

薩摩川内市市民活動支援補助金申込書

薩摩川内市長 様

申請者（団体名称）〇〇〇〇グループ

代表者
住 所 薩摩川内市〇〇〇町〇〇番〇〇号
氏 名 会長 〇 〇 □ □

年度において、薩摩川内市市民活動支援補助金による支援を希望しますので、関係書類を添えて下記のとおり応募します。
なお、所定の審査の結果、不採択となった場合であっても、薩摩川内市及び関係機関に対する不服の申立て等は一切行いません。

記

↓ 該当する方にチェックを入れる

☒ スタートアップコース	☐ ステップアップコース	☐ 高齢化対策コース
☐ スマイル連携コース	☐ スマイル育成コース	

1 事業の名称 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 事業

2 事業の趣旨・目的・（スマイル連携コースの場合は連携する団体名）
〇 〇 〇 〇 〇

3 提案する事業に係る総事業費 円
うち 補助金要望額 千円（千円未満切捨て）

4 添付書類

↑ 千円単位で御記入ください

※処理欄 (申請に必要な書類の一覧です。)
☐ 事業計画書 (様式第 2 号) ☐ 事業収支計画書 (様式第 3 号) ☐ 団体に関する調書 (様式第 4 号) ☐ 団体構成員名簿 (様式第 5 号) ☐ 他の制度による補助、助成又は委託事業の申請状況 (様式第 6 号) ☐ その他市長が必要と認める書類 ()

事業計画書

事業名	○○○○○○○○事業		
実施地域	○○地域	実施場所	○○センター、○○広場
分野 (該当する分野 全てに✓を)	☐ 保健、医療又は福祉の推進 ☐ 生涯学習の推進 ☐ まちづくりの推進 ☐ 観光の振興 ☐ 農山漁村又は中山間地域の振興 ☐ 学術、文化、芸術又はスポーツの振興 ☐ 環境の保全 ☐ 災害救援 ☐ 地域安全 ☐ 人権の擁護又は平和の推進 ☐ 国際協力 ☐ 男女共同参画社会の形成の促進 ☐ 子どもの健全育成 ☐ 情報化社会の発展 ☐ 科学技術の振興 ☐ 経済活動の活性化 ☐ 職業能力の開発又は雇用機会の拡充を支援 ☐ 消費者の保護 ☐ NPO法人へ対する中間支援 ☐ その他県条例で定める活動 ↑主に該当する分野にチェックを入れてください		
事業の内容 (具体的に)	(実施項目・内容) ① ○○の開催 「いつ、どこで、誰に、何を、どうやって行う。」などと簡潔に記入してください。 ② ○○の実施 ○○○○…………… ……………		
年間の 事業スケジュール	○月 △△の準備…………… ○月 △△の広報…………… ○月～○月 □□を実施…………… ○月～○月 ■■を実施…………… ……………		
期待される効果 (数値目標など)	○○を実施することにより、……………が期待される。 また、○○を行うことにより……………であることから、地域の活性化が期待できる。 さらに、○○○○…………… ……………		
※ 今後継続希望	☒ 有 ・ ☐ 無	※ 今後の補助継続希望期間(開始年度からの年数)	○○年度まで (3 年間)
※ 補助期間終了後の事業継続の有無	☒ 有 ・ ☐ 無		
※ 補助事業終了後の展望 (補助終了後の拡充・継続の見込み等)			

※印の項目については、スタートアップコース・ステップアップコースのみ記入すること。

事業収支計画書

収入	項目	予算額(円)	内 訳	
	参加料		〇〇人×〇〇円	
	事業実施に伴う収入の合計(A)	0		
	団体の自己資金			
	その他の収入			
	※市補助金		補助率	%
	収入合計	0		
	支出	項目	予算額(円)	内 訳
報償費			外部講師謝金 〇〇円	○
旅費			外部講師旅費 〇〇円	○
需用費			文具 〇〇円、チラシ代 〇〇円×〇〇枚	○
役務費			イベント保険料 〇〇円×〇〇日	○
委託料			イベント用舞台設置・撤去 〇〇円	○
使用料・貸借料			イベント会場使用料 〇〇円×〇〇日	○
原材料費			土砂の原材料 〇〇円	○
支出合計	0			
うち補助対象経費の合計(B)				

《 市補助金の積算方法 》

補助対象経費の合計(B)	※市補助金
円 × 補助率	% ≥ 円

注1:※「市補助金」については、申込書(様式第1号)に記載された「補助金要望額」と同一額にしてください。

注2:「対象」欄には、その経費が補助金交付要領第6条第1項に規定する補助対象経費に該当する場合に「○」を記載してください。

注3:収入合計と支出合計は必ず一致すること。

注4:スタートアップ及びステップアップコースは、それぞれのコースでの補助回数に応じた補助率で計算してください。

注5:高齢化対策コースは補助率75%、スマイル連携及び育成コースは補助率50%で計算してください。

様式第4号(第12条関係)

団 体 に 関 す る 調 書

(ふ り が な)	(〇〇〇〇〇〇〇〇)		
団 体 名	〇〇〇〇グループ		
団 体 の 所 在 地 等	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	薩摩川内市〇〇〇町〇〇番〇〇号		
	TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		FAX 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	E-mail abc***@****.jp		
(ふ り が な)	(〇〇〇〇 〇〇〇〇)		
代 表 者 氏 名	〇 〇 □ □		
住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	薩摩川内市〇〇〇町〇〇番地		
	TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		FAX 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	E-mail abc***@****.jp		
設 立 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	構成員数	〇〇 人
設 立 目 的	〇〇〇〇…… …… …… ……		
団体の主な活動地域	〇〇〇町		
団体の主な活動内容 (実 績)	〇〇〇〇…… …… …… ……		
団 体 の 予 算 額 (本 年 度)	収入額 〇〇〇 千円	[うち会費・寄付金 〇〇 千円]	
	支出額 〇〇〇 千円	[収益事業 〇〇 千円]	
※本年度予算書及び前年度決算書を添付してください。			

(市からの連絡先になります)

連絡責任者	住所	薩摩川内市〇〇町〇〇〇番〇〇号		
	氏名	〇 〇 □ □		役職 会計
	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	E-mail	abc***@****. j p		

団体構成員名簿

[illegible]

※ 補助対象団体は、構成員が5名以上で、その過半数が市内に住所を有している必要があります。

他の制度による補助、助成又は委託事業の申請状況

区分		申請機関・法人名	補助、助成又は委託事業名	金額(千円)
本 年 度	本 事 業	なし		
	本 事 業 以 外	なし		
前 年 度 ま で	本 事 業	なし		
	本 事 業 以 外	なし		

※ 他の団体(公的団体や民間企業等)からの補助、助成又は委託事業の状況について、本事業と本事業以外に分けて記入してください。