（様　式　３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　　年　　　　月　　　　日

鹿児島市衛生組織連合会長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 校区・町内会名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 理事・会長

連絡先℡

下記のとおり、事業を実施しましたので、報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **活　動　助　成　事　業　実　施　報　告　書** | | | |
| 事　業　の　名　称 | |  | |
| 校　区　・　地　区　名 | |  | |
| 会場又は実施場所 | |  | |
| 日　時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　時　～　　　　時まで  令和　　　年　　　月　　　日　　　　時　～　　　　時まで | | 参加人数　　　　　　人  参加人数　　　　　　人 |
| 実　施　内　容　等　（詳しく書いてください） | | | |
|  | | | |
| 活　動　助　成　金　支　給　申　請　書 | | | |
| 上記のとおり（　　　　　　　　　　　　　　　）を実施しましたので、助成金の支給を申請します。  令和　　　　年　　　月　　　日  　　校区理事・町内会長 | | | |
| 【助成金の受領方法】  1　　口座振込　　　　　２　窓口受領 | | | |

**※必ず、活動風景の写真をそれぞれ２～３枚添付してください。**