

秋田市地域保健推進員活動事業補助金申請書

年 月 日

（宛先） 秋 田 市 長

代表者住所 \_\_\_\_\_

役 職 名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

秋田市地域保健推進員活動事業補助金交付要綱に基づき、次により補助金を交付くださるよう申請いたします。

1 地区名 \_\_\_\_\_

2 保健推進員設置年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月設置

3 保健推進員数 \_\_\_\_\_ 名（4月1日現在）

4 申請額 \_\_\_\_\_ 円（下表①②を比較して少ない方の額）

5 活動計画

活 動 項 目	回 数	補 助 額	予 算 額
(1) 地域保健推進員の研修会および定例会の実施	回	円	/
(2) 健康診査等の周知	回	円	
(3) 健康教室および健康相談の開催	回	円	
(4) 子育て支援活動	回	円	
(5) その他健康づくりに関する活動	回	円	
計	/	① 円	② 円

6 添付書類

(1) 活動計画書

(2) 地域保健推進員活動歳入歳出予算書抄本