

看護自主活動支援事業助成金交付申請書

（申請日） 年 月 日

宛先（公社）川崎市看護協会会長

グループ名 _____

申請者氏名 _____

令和7年度川崎市看護協会看護自主活動支援助成金を次のとおり申請します。

グループの名称		
助成金申請額	円（100円未満切り捨て）	
申請区分等	<input type="checkbox"/> 新規に取組を実施する <input type="checkbox"/> 従来から自主的な取組みは実施している	
代表者・氏名		
代表者住所		
代表者連絡先	電話	— —
	FAX	— —
	メール	@
代表者勤務先		
確認事項 同意される時は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 助成対象期間内に、助成対象となる取組に対して他の制度による助成を受けません。 <input type="checkbox"/> 万一、暴力団員でないことを照会する必要がある時には、本様式に記載の個人情報を神奈川県警察本部に提供することについて同意します。	

（添付書類） ①活動調書 ②構成員名簿 ③グループの会則

（備考欄） []

活動調書

記入日 令和 年 月 日

1 グループの概要

グループ名				
代表者	氏名		TEL	
	住所		E-mail	
連絡先	氏名		TEL	
	住所		E-mail	
活動目的				
活動内容				
主な活動場所				
周知方法				
会費の徴収	なし・あり ありの場合の金額 _____円/ (年・月・日)			
活動の実績 別紙	※これまでの活動を把握するにあたり参考となるチラシや資料がありましたら添付してください。 添付資料の内容 [_____]			
設立時期	年 月設立			
設立の経緯				
申請時の構成員数	_____名 (うち川崎市看護協会会員数_____名)			
会員募集状況	募集していない 募集中			
グループの活動に関する特記事項				

(3)収支予算

※ 申請時の金額は見込み概算で結構です。助成金額は、実施後にご報告いただく費用の合計または助成上限額（30,000円）のいずれか低い金額となります。

<収入の部>

① 項目	※ 金額 (円)	① 内 訳
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		
合 計		

<支出の部>

項目	金額 (円)	内 訳
助 成 金 対 象 経 費	(1)	
	(2)	
	(3)	
	(4)	
	(5)	
	(6)	
	(7)	
合 計		

