チャレンジ事業「事業費交付請求書」

団　体　名		
代表者：職・氏名		
(担当者氏名)		〔　　〕 (TEL) (FAX)
e-mail アドレス		
所　在　地		(〒　　)
事　業　資　金		金　　円
使途指定事業内容		
使途内容	開催予定日・時期	
	開　催　場　所	
	対 象 者・人員	
	具体的事業内容	
地域住民に対するチャレンジ事業の周知（広報）の方法（資料添付）		

振込先	金　融　機　関　名	支店
	口　座　番　号	普・当　No.
	ふりがな 口　座　名　義 (預金通帳表紙の写添付)	

上記の指定内容のとおり実施いたしたいので、事業資金の交付を願いたく関係書類を添えて請求いたします。

令和　　年　　月　　日

団　体　名

代表者氏名　　印

公益社団法人　静岡県作業療法士会　　会長　様

※添付書類　1. 当該事業年度の事業計画・予算書　　2. 預金通帳表紙の写し

3. 当該事業の要項、開催案内、当日資料（案）など（助成が明記されているもの）

※注意事項　行事開催時の看板、資料には、必ず「公益社団法人静岡県作業療法士会チャレンジ事業」を冠し、開催記録写真と併せて精算書に添付すること。

領　　収　　書

令和 3 年　　月　　日

公益社団法人静岡県作業療法士会　　会 長　　様

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

但し、チャレンジ事業として

上記金額を領収いたしました。

法人名・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代　表　者　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

施　　設　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 所 在 地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報 告

提出は、事業実施後１ヶ月以内です。

チャレンジ事業「事業費精算書」

助成施設・団体名				
代表者：職・氏名				
(担当者氏名)	〔　　〕 (TEL) (FAX)			
e-mailアドレス				
所　在　地	(〒　　－　　)			
事業執行額	事業費総額	円	裏面Aに詳細を記入の後、その総額を記入してください。	
	事業資金	円	裏面Bと同額を記入してください。	
	算出返還額	* 円	＊ 本会使用欄 上記事業費総額が助成額を下回った場合は返還となります。	
事業内容	事業名			
	実施時期	月　日　□通年	実施回数	回
	対象者・延人数	(　　名)		
	開催場所			
	事業の具体的内容			
助成事業への自己評価				

上記の指定内容のとおり事業を完了したことをご報告いたします。

令和　　年　　月　　日

施設・団体名
代表者名　　印

公益社団法人　静岡県作業療法士会　会長　様

＊事業資金返還手続きについて　事業総額が助成予定事業額を下回った場合、返金手続きをいたします。

＊添付書類　□市民に事業資金が充てられていることを報告した際の印刷物（開催案内・配布資料）
□行事開催等の記録写真（「公益社団法人静岡県作業療法士会チャレンジ事業」を冠した看板などを掲出したものを含む）

（収　入）

収入内訳	事業資金額	円　　B 表面にも同額を記入すること
	収益金（参加費等）	円　（　　）
	その他（自己資金）	円　（　　）
	合　　計	円

（支　出）

	費用内訳（会場費・印刷費・機器借入費等具体的に記入すること）	支出額	詳細
事業費の詳細		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
	合　計（事業費総額）	円	A 表面にも同額を記入すること