

第1号様式（第4条関係）

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8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	☐ 初めての申請である ☐ 申請は（ ）回目である	
代表者・氏名		
代表者住所		
代表者連絡先	電 話	— —
	F A X	— —
	メー ル	@
代表者勤務先		
確認事項 同意される時は ☐ にチェックしてください。	☐ 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。 ☐ 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構成員名簿 ②活動調書 ③グループの会則*ない場合はその旨を備考欄に記入

（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				

(1)事業の内容

助成を希望する事業の形態	☐ ①日時を特定してイベント的に開催するもの ☐ ②イベントによらず継続的に取り組むもの（例 啓発物の作成等）
--------------	--

目的および概要 (目的達成の方法)			
開催日時			
場 所			
対象者	☐ 市民 ☐ 看護職 ☐ その他()		
募集人数	人	参加費徴収の有無	無・有 (円)
期待される効果			

目的および概要 (目的達成の方法)	
期待される効果	

①、② ともご記入ください

助成を希望する理由	
-----------	--

(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>

項 目	※ 金 額 (円)	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)		
小 計			
そ の 他 経 費	(1)		
	(2)		
	(3)		
	(4)		
	(5)		
	(6)		
	(7)		
合 計			

令和8年度 構 成 員 名 簿

(注1) 申請時に、グループに所属しているメンバーを記入してください。

(注2) グループメンバーのうち、川崎市看護協会会員については会員番号を記入してください。

(注3) 勤務先での職種をご記入ください。勤務されていない方は、取得している職種をご記入ください。

(注 4) 勤務されていない場合は、自宅住所をご記入ください。

構成員総数 _____ 名

[illegible]