

地域介護予防活動支援事業 全体計画書

高齢者サロン 等名称		
主催者	団体名	
	氏名	
	住所	〒
電話番号	— —	
スタッフ	(固定している場合氏名)	
実施場所	自治会館等・借用物件・個人所有・公民館等公共施設 (いずれかに○)	
	住所	
	名称	
	借用物件の場合 所有者	
活動地域の範囲	おもな利用者が使用している行政区	
基本的な活動内容	実施日 (定例)	毎月 回 曜日
	実施時間 (基本)	: ~ :
	参加者 (予定)	人 ※1回あたり
	年間実施回数 (予定)	延べ 回
おもな取り組み	(通所サロン等の参加者が取り組む内容)	

介護予防活動支援事業 年間計画書

高齢者サロン等名称：

開催月	開催日	実施内容
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		

*主たる活動内容を記入してください

地域介護予防活動支援事業 収支予算書

高齢者サロン等名称：

1 収入の部 (単位：円)

区 分	予算額	摘 要
助成金		
会 費		
その他		
合 計		

2 支出の部 (単位：円)

区 分	予算額	摘 要
報 償 費		
需 用 費		
役 務 費		
使用料及び賃借料		
燃 料 費		
合 計		

石巻市介護予防活動支援事業 登録者名簿

高齢者サロン等名称：

番号	氏名	住所	生年月日	年齢	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					