〔様式５－１〕

年　　月　　日

社会福祉法人　鈴鹿市社会福祉協議会
会　長　　南　条　和　治　　様

地区名　＿＿＿＿＿地区社会福祉協議会

会　長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

年度　小地域ネットワーク補助金交付申請書

小地域ネットワーク事業補助金について下記のとおり請求いたします。

記

● 請求金額　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

［振込口座］

振込先	金融機関	銀行 農協	
	預金種目	普通・当座	口座 No.
	口座名		

＊ 関係書類（事業完了後提出してください）

・ 小地域ネットワーク対象者･担当者名簿〔様式５－２〕（写しでも可）

・ 小地域ネットワーク訪問日誌〔様式５－３〕、小地域ネットワーク訪問個別表〔様式５－４〕は各地区社会福祉協議会（地区市民センター）で管理してください。

〔様式５－２〕

年度　小地域ネットワーク対象者、担当者名簿

＿＿＿＿＿＿地区

番号	氏　　名	年齢	担　当　者		年間 延べ訪問回数 （３月見込訪問含）
			民生委員	ボランティア	
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐
					㊐

〔様式5-3〕

年度　小地域ネットワーク訪問日誌

利用者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 特になしの場合は、○ で囲んでください。特記事項がある場合は、（　）の中にご記入ください。

訪問日	特記事項	訪問者名 （ボランティア等）
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	
月　　日	・特になし	
	・その他（　　）	

〔様式 5-4〕

年度　小地域ネットワーク訪問個別表

_____地区社会福祉協議会

氏名				住所		TEL	
年齢		性別		担当民生委員	TEL		

● 緊急時の連絡先

氏　名	TEL	住　所	関　係

● 本人の状況

一人暮らし高齢者	高齢者のみ世帯	障害者世帯	その他

健康状態	かかりつけ医院	
	既往症	
	注意すべき事項	

■ 介護保険の利用　有　・　無 ＊有の場合・・・（事業所名：　　） （担当ケアマネジャー氏名：　　） ＊サービスの種類・・・（　　） ■ 緊急警報装置の設置　設置済　・　未設置 ■ 給食サービスの種類 ＊毎日型給食サービス　利用している　・　していない ＊地区社協給食サービス　利用している　・　していない	備考	