

## 佐賀市高齢者ふれあいサロン事業申請書

—

令和 8年 〇月 〇日

佐賀市長様

代表者名 佐賀 太郎 (※)

(※)自署される場合は押印不要です。

令和8年度佐賀市高齢者ふれあいサロン事業を行いたいのので、下記のとおり申請します。

サロン名	ふれあいサロン〇〇〇会 (校区: 〇〇 自治会: 〇〇〇〇 )		
代表者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市 〇〇町大字〇〇 △△番地△△	
	氏名	佐賀 太郎 (電話: 〇〇-〇〇〇〇 )	
主な実施場所	〇〇公民館	定例開催日	毎月第3水曜日
上記所在地	佐賀市 〇〇町大字〇〇 △番地		

団体人数	64歳以下		65歳～74歳		75歳以上		合計
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
対象者	0人	0人	3人	2人	7人	8人	20人
協力者	0人	1人	3人	5人	0人	1人	10人

年間計画(事業内容を具体的にお書きください。)

(令和8年度)

4月	総会・茶話会	10月	異世代交流(地域の子どもたちと昔遊び)
5月	レクリエーション(ペタンク)茶話会	11月	出前講座・茶話会
6月	出前講座・茶話会	12月	忘年会
7月	バスハイク(小城)	1月	
8月		2月	ひな飾り作り
9月	敬老会	3月	お花見・レクリエーション(輪投げ)

組み込み予定の介護予防活動(あてはまるもの全てに○をつけてください。)

・体操 ・グラウンドゴルフ ・ペタンク ・ウォーキング ・お手玉 ・手芸 ・工作  
・歌 ・パタカラ体操 ・計算 ・音読 ・書写 ・ぬりえ ・脳トレーニング  
・その他( )

運営費補助交付申請額

円(設立時のみ記入)

## 記入例②

### 「佐賀市高齢者ふれあいサロン事業」振込口座番号確認書

サロン名 ふれあいサロン〇〇会

代表者名 佐賀 太郎 (※)

(※)自署される場合は押印不要です。

会 計	住所	佐賀市 〇〇町大字〇〇 ◇◇番地◇	
	氏名	佐賀 花子	(電話: 〇〇-〇〇〇〇 )

金 融 機 関 名	〇〇銀行
支 店 ・ 支 所 名	〇〇支店
預 金 種 目	普通 ・ 当座
口 座 番 号	01234567
こ う ざ め い ぎ 口 座 名 義	ふれあいサロン〇〇会 代表 佐賀 太郎

- ※ 通帳の名義にはサロン名を付けてください。
- ※ 必ず、通帳の写しを添付してください(口座名義がわかるもの)
- ※ 振込みは決定通知書交付以降になります。

通帳の表紙と表紙裏ページの  
コピーを添付してください。

# 情報提供等に関する同意書

佐賀市長様

私は、佐賀市が行う「佐賀市高齢者ふれあいサロン事業」の趣旨を理解し、別紙のとおり申請書を提出します。

なお、貴市の保有となる申請書（添付書類を除く）について、サロン事業の普及のため、おたっしや本舗（地域包括支援センター）、校区（地区）社会福祉協議会、自治会協議会、民生委員児童委員協議会、公民館に対して必要があれば、提供することに同意いたします。

令和 8 年 ○月 ○日

サロン名 ふれあいサロン〇〇会 (校区：〇〇)

代表者 佐賀 太郎 (※)

(※) 自署される場合は押印不要です。