

記入例

様式第4号（第6条関係）

この実施計画1枚で1教室
(教室番号/全申込教室数)

事業実施計画
(1 / 5 教室)

対象時期（前期・後期）を
選択してください。

教室名	ABC運動教室	年度	令和〇年度 前期・後期
種類	運動・体操 水泳・水中運動 スポーツ ウォーキング 文化活動・サロン		
開催曜日・時間	※詳細な日程が分かる資料がある場合は別途添付すること 金曜日 ・ 13時00分 ～ 14時30分		
受入期間	※体験教室として受入を行う期間を記入（1期間3ヶ月とする） ① 10月～12月（初回10月〇日）③ 12月～2月（初回12月〇日） ② 11月～1月（初回11月〇日）④ 1月～3月（初回1月〇日）		
体験教室受入可能数 (定員)	1期間 10名（上記①～④全ての期間合わせて最大40名まで）		
開催場所	ABC川口店（川口市青木2-1-1）		
月会費	(通常価格) 一人あたり 1,500円/月・その他（ ）		
(内訳)	(補助対象金額) 700円 (参加者負担額) 800円		
器材費	(通常価格) 一人あたり 800円/初回・ (器材名・用途) 体操に使用するバンドの購入代金		
(内訳)	(補助対象金額) 800円 (参加者負担額) 0円		
具体的な 教室内容	[事業概要] ※活動開始年、普段の活動内容・回数、会員数等。パンフレット等の資料がある場合は別途添付してください。 活動開始年、普段の活動内容・回数、会員数など、教室の概要が分かる内容を記入してください。パンフレット等の資料がある場合は別途添付してください。 [パンフレット掲載文] ※活動内容やアピールポイントを80文字程度にまとめてください。 パンフレット掲載文となります。 活動内容やアピールポイントを、80文字程度にまとめてください。		
要支援者の受入	可 不可 要相談		
講師派遣の可否	講師派遣の可否を選択してください。 可 不可		
担当者氏名 及び連絡先	担当者 埼玉 太郎 電話・FAX 048-111-2222 メールアドレス xxx.xxx@xxxx.jp		
申込連絡先	施設・担当者 ABC川口店 川口 花子 電話番号 048-333-4444		

前期（5月～9月）または、後期（10月～3月）までの間でギフトボックスの体験教室として受入可能な期間を記入してください。
実施期間数については、企業・団体の運営に応じて設定してください。

記入例は4期間に分けて受入れが可能な場合。

会費がひと月単位の定めでない場合はその他にご記入ください。例) 3ヶ月

活動に参加するために必要な器材の購入費やレンタル料を会費とは別に徴収する場合はご記入ください。
補助額は1,500円-月会費の補助額の範囲内です。
例) 1,500円-700円(月会費の補助額)=800円/月
初回のみ徴収ではない場合は、その他にご記入ください。
例) 月(道具レンタル料 100円/月の場合)

要支援者（介護保険制度の要支援認定を受けているかた）の受入可否を選択してください。

「事業担当者」は、市との連絡・調整等を行う方を記入してください。

※こちらの情報は、川口市高齢者サービス情報検索サイト「かほら」に掲載いたします。掲載に差し支えがある場合はお申し出ください。
「申込連絡先」の電話番号をパンフレットに掲載しますので、参加希望者からの申込受付ができる連絡先を記入してください。