様式第１号

令和　　年　　月　　日

質　問　書

串間市高齢者生きがい活動促進事業の企画提案に関して質問いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 質問事項 |  |

様式第２号

令和　　年　　月　　日

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　様

串間市長

質問回答書

串間市高齢者生きがい活動促進事業の企画提案に関する質問について、次のとおり回答します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 質問事項 | 回答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

様式第３号

串間市高齢者生きがい活動促進事業参加申込書

　串間市高齢者生きがい活動促進事業に参加申込書を提出します。

　なお、実施要領に規定する参加資格要件を全て満たしていることを誓います。

令和　　年　　月　　日

串間市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様式第４号

誓　約　書

串間市高齢者生きがい活動促進事業者の参加にあたり、次の事項を誓約します。

１　串間市高齢者生きがい活動促進事業者選定審査会実施要領に掲げる応募資格要件を満たしています。

２　事業の参加に際し、串間市高齢者生きがい活動促進事業者選定審査会実施要領の内容を承諾の上で参加します。

令和　　　年　　月　　日

　串間市長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様式第５号

令和　　年　　月　　日

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　様

串間市長

串間市高齢者生きがい活動促進事業参加資格結果通知書

　令和　　年　　月　　日付で申請のあった串間市高齢者生きがい活動促進事業参加申込書について審査した結果、下記のとおり通知いたします。

　なお、「３　参加資格」に規定する要件を満たしていない場合は取り下げることがあります。

記

１　事業名　串間市高齢者生きがい活動促進事業

２　結　果　①審査の結果、参加資格を有すると認められました。

　　　　　　②審査の結果、次の理由により参加資格を有しないと認められました。

　　　　　　　理由：

【問合せ先】

串間市医療介護課　介護保険係

TEL　0987-72-0333（内線512）

FAX　0987-72-0310

様式第６号

令和　　年　　月　　日

串間市長　　　　　　　様

住所

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

串間市高齢者生きがい活動促進事業企画提案書

下記の内容を提案します。なお、提出書類の記載事項はすべて事実に相違ないことを誓約します。

記

１　事業名

　　串間市高齢者生きがい活動促進事業

２　添付書類

　（１）事業計画書（様式第７号）

　　　　・別紙「高齢者生きがい活動促進事業」(農福連携推進事業)に基づく企画内容の提案

　（２）収支予算書（様式第８号）

　（３）団体役員名簿（任意様式）

様式第９号

令和　　年　　月　　日

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　様

串間市長

審査結果通知書

　串間市高齢者生きがい活動促進事業に係る公募を実施し、串間市高齢者生きがい活動促進事業者選定審査会において厳正に審査した結果を下記のとおり通知します。

　なお、「３　参加資格」に規定する要件を満たしていない場合は取り下げることがあります。

１　業務名　　串間市高齢者生きがい活動促進事業

２　採択団体

【問合せ先】

串間市医療介護課　介護保険係

TEL　0987-72-0333（内線512）

FAX　0987-72-0310