|  |
| --- |
| 【団体名】 |

記入日：2025年　　月　　日

B　利用者負担軽減助成　事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| **申請事業名****（利用者負担軽減をする事業）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**事業** |
| 助成希望金額(円）（事業予算書と一致） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　本事業の背景や事業を実施する理由 |  |
| 　　　　利用者負担を軽減する事業の内容 |  |
| 上記事業の実施日・実施回数等 |  |
| 上記事業の実施場所 |  |
| 上記事業の対象者 |  | 人数 |  |
| 上記対象者のうち、利用者負担を軽減する条件（すべてご記入ください） |  | 左記対象の人数 |  |
| 期待できる効果など（困難を抱える子どもや若者、子育て家庭に対するこの事業の効果などを書いてください） |  |

B利用者負担軽減助成　事業予算書

|  |
| --- |
| 【団体名】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 予算額(円) | 内訳、内容及び算出根拠など |
| **軽減前の金額合計（円）** |  | 計算根拠の（１）×（２）×（４）の合計 |
| **軽減する金額合計（円）** |  |  |
| **助成希望額（円）（S）** |  | ←20万を超える場合は20万円 |
| **計算根拠** | **軽減する対象者の条件**（利用者負担を軽減する理由を書いてください） | （１）　人 | （２）正規単価（円） | （３）軽減率（1.0以下） | （４）回数 | 軽減金額（１）×（２）×（３）×（４） | 内容・根拠＊（２）の金額の根拠など |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ＊（２）の単価は、軽減するものが交通費等の場合は、1回あたりの交通費額を記入する。（３）軽減率は全額無料の場合を１とする。 | 合計**（S)** | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |

＊この様式に当てはまらない場合は、事務局にご相談ください、