別紙２（様式第３号関係）

小豆島町介護予防グループ活動事業費補助金

（事業実施計画書）

|  |  |
| --- | --- |
| グループの名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動区分 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 備考（活動の内容等） |
| 1．運動機能 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2．口腔機能 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3．栄養改善 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4．心の健康 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5．生きがい |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　活動区分は、年間通してすべての項目を含むように計画してください。

※２　備考欄には、活動の内容等を記載してください。