様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

岬　町　長　　あて

（申請者）住所

組織名

代表者氏名　　　　　　　　　印

岬町認知症カフェ開設等補助金交付申請書

年度のおいて、岬町認知症カフェ開設等補助金を次のとおり受けたいので、岬町認知症カフェ開設等補助金交付要綱第５条の規定により、必要書類を添えて申請します。

１　補助金申請額

金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

(1)　岬町認知症カフェ運営事業計画書（様式第２号）

(2)　収支予算書（様式第３号）

(3)　団体等概要書

様式第２号（第５条関係）

岬町認知症カフェ運営事業計画書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **カフェの名称** |  | | | |
| **設置目的** | １．認知症の本人やその家族同士の相互交流・情報交換  ２．家族の介護負担の軽減  ３．認知症状の悪化予防  ４．地域での認知症啓発  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **開催頻度**  **・開催日** | １．毎週　　曜日　　　　　２．毎月第　　　曜日  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **開催時間** | ：　　　　　～　　　　　： | | | |
| **活動場所の**  **名称・住所** | 名称：  住所：岬町 | | | |
| **専門職の種類** | １．医師　２．看護師　　３．保健師　　４．介護福祉士  ５．社会福祉士　６．精神保健福祉士　７．ケアマネジャー  ８．その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| **参加費** | 円／回 | | | |
| **問合せ先** | （　　　　） | | | |
| **実施主体**  **・担い手** |  | | | |
| **従事者配置** | 人／回 | 内訳 | 貴団体所属職員　　　人 | 専門職　　　　人 |
| ボランティア　　　　人 | その他　　　　人 |
| **参加人数（見込み）** | 人／回 | | | |
| **備考** |  | | | |
| **開設（予定）日** | 年　　　月　　　日 | | | |

様式第３号（第５条関係）

収　支　予　算　書

１　収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 予算額（円） | 説明 |
| 【対象収入】  【対象収入以外】 |  |  |
| 計 |  |  |

２　支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 予算額（円） | 説明 |
| 【対象経費】  【対象経費以外】 |  |  |
| 計 |  |  |

原本と相違ないことを証明する。

　　　年　　月　　日

組織名

代表者氏名　　　　　　　　　印

様式第４号（第５条関係）

団　体　等　概　要　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 代表者名 | |  |
| 担当者 | 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |
| 開設年月日 | | 年　　月　　日 |
| 会員数又は  職　員　数 | |  |
| 団体の目的 | |  |
| 主な活動実績 | | （＊活動実績がない団体は記載不要） |
| 添付書類 | | ＊下記書類がある場合は、添付すること。  (1) 団体等の定款、規則、会則等  (2) 団体等の最新の事業計画書  (3) その他団体の活動内容がわかる書類 |