様式第1号　　２０　　年度（令和　年度）福山市認知症カフェ運営費補助金交付

申請書兼事業計画（変更申請）書

　福山市補助金交付規則（昭和４１年規則第１７号）第４条の規定により，福山市認知症カフェ運営費補助金について，次のとおり申請します。あわせて，認知症カフェに係る事業計画書を提出します。（事業計画の変更を申請します。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | |  | | |
| 団体名（法人名） | |  | | |
| 代表者 | |  | | |
| 申請日 | | | 年（令和　年）　　月　　日 | | |
| 認知症カフェの名称★ | | |  | | |
| PRポイント★ | | | （家庭的な雰囲気での交流，楽しいレクリエーション，情報交換や学習等） | | |
| 実施拠点  　　　　★ | | 住所 | 〒 | | |
| 建物名 |  | | |
| 利用可能人数 | □概ね１０人程度が活動できる広さがある | | |
| 実施する回数※該当するものにチェック  ※やむを得ない理由（災害等）を除き，申請通りの回数を実施すること。 | | | □２か月に１回  □１か月に１回  □１か月に２回 | 実施する曜日  　　　　　　　★ | 曜日 |
| 実施時間★ | | | 時　　　　分　　～　　　　時　　　　分 | | |
| 認知症カフェの責任者  （団体の代表者と異なる場合に記載） | | |  | | |
| 相談支援を行う専門職  （名前・資格） | | |  | | |
| 啓発方法  ※該当するもの全てにチェック | | | □チラシ（設置場所：　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 情報公開時の問合わせ先  　　　　　　　　　　★ | | | 所属・名前：  電話番号： E-mail: | | |
| 事務連絡用の問合わせ先 | | | 所属・名前：  電話番号： E-mail: | | |
| 参加予定実人数 | | | 認知症の人とその家族　（　　　　　人）  地域住民　　　　　　　（　　　　　人）  ボランティア　　　　　（　　　　　人）  専門職　　　　　　　　（　　　　　人）　計　　　　人 | | |
| 活動の概要（年間計画） | | | 【実施開始日　　　　年（令和　　年）　　月　　日】  【実施予定回数　　　　　回】  【内容】※該当するもの全てにチェックし，具体的な内容を記載する。  □交流  □学習  □レクリエーション  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事業費（支出－収入※）  ※収入とは市の補助金を除いたもの | | | ￥　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 補助金申請額 | | | ￥　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 補助金交付  ※該当するものにチェック | | | □実績払い  □前払い | | |
| 添付書類  ※添付した書類にチェック | | | □啓発資料（認知症カフェチラシ等）※必ず添付する  □収支予算書（様式第２号）※必ず添付する  □前払いの場合  資金計画書（様式第５号）  請求書  □申請が初めての場合  　支払相手方登録依頼書等 | | |

※★の項目について，情報の公開を行います。事務連絡用の問合わせ先は公開いたしません。

※申請は実施開始日より前に行うこと。