|  |
| --- |
| ２０　　年（令和　年）３月３１日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　 ２０　　年（令和　年）　月　日付け（福高齢第　　号の　）で交付決定のあった福山市認知症総合支援事業　認知症カフェを，次のとおり実施しました。 |
| 認知症カフェの名称 |  |
| 実施拠点 | 住所：建物名： |
| （支出－収入※）※収入とは市の補助金を除いたもの￥　　　　　　　　　　円 | 補助金額 　　　￥　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　 |
| 実施開始年月日 　　　年（令和　　年）　　月　　日 | 完成年月日　　　　年（令和　　年）　　月　　日 |
| 事業経過と実施内容 | 年間開催日数 | 年間　　　　　回 |
| 参加者数（スタッフ含め関わる人全てを計上） | 延べ　　　　　　　人　（うち今年度新規参加者実数　　人）〇１回あたりの平均参加者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 |
| 参加者からの相談内容※該当するもの全てにチェック | □医療に関すること　　□介護に関すること□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 活動内容の詳細※該当するもの全てにチェック | □交流　　　　　　□学習　　　　　□レクリエーション□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業成果 | 参加者の様子・感想等 |  |
| 運営者の気づき等（効果・工夫した点） |  |
| 課題 |  |
| 添付書類※□に確認のチェック | □収支決算書　□活動中の写真　□実績払いの場合：請求書（様式第４号） |
| 次年度の意向確認 | □補助金交付申請を行う □補助金交付申請を行わない |

※提出期限：３月３１日まで