|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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