第１号様式

令和 年 月 日

（あて先）名古屋市認知症相談支援センター所長

なごや認知症カフェ実施主体

団体もしくは事業者名

事業所名

所在地

代表者

なごや認知症カフェ開設経費の助成について（申請）

 みだしのことについて、下記のとおり申請します。

記

１ 助成金申請額

金 円

（内訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　　名 | 金 額 | 備 考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計　額 |  |  |

13

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 連　絡　先 |
|  | 電話番号 （　　 　 ） |
| ＦＡＸ番号　　　 （　　 　） |
| E-mail |

13

13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受付 | 令和　　年　　月　　日 | 　　　区　　　部いきいき支援センター |

３　なごや認知症カフェ実施内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 情報公開 |
| **カフェの名称** |  | インターネット等で公開します。 |
| **設置目的** |  |
| **開催頻度****・開催日** |  |
| **開催時間** | ：　　　　　～　　　　　： |
| **活動場所の****名称・住所** |  |
| **人員配置** | □専門職の配置有　(職種： 　　　　　 )□いきいき相談室や居宅介護支援事業所等の専門職と連携がとれる□専門職の配置無 |
| **参加費** | 　　　　　　　　　　　　　　円／１回 |
| **問合せ先** | 　　（　　　　） |
| **市民へのＰＲ****（100文字以内）** | 事前の参加申込（　要　・　不要　） |
| **実施主体****・担い手** |  | 市民等からの照会に応じて情報提供します。 |
| **従事者配置** | 人／１回 | 内訳 | 貴団体所属職員　　　　　人 | その他　　　　　人 |
| ボランティア　　　　　　人 |  |
| **参加人数（見込み）** | 　　　人／１回 |
| **カフェとして　目指すこと等** |  |
| **実施内容****（具体的に記入してください）** |  |
| **開設（予定）日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |

＜添付資料＞①関連資料（チラシ・パンフレット・広報紙など）、②平面図（地域密着型サービス事業所が介護保険事業の一環で実施する場合のみ）、③認知症カフェ開催日における事業所の勤務予定表（1日分、地域密着型サービス事業所が介護保険事業の一環で実施し、上記従事者に自事業所職員が含まれている場合のみ）、④病院・診療所で実施する認知症カフェ確認書（病院・診療所のみ）。