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運営経費の助成について（申請）

（令和　　年　　月～　　　　月分）

 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

２　添付資料

チラシ・パンフレット・写真などの「なごや認知症カフェ」の概要が

分かるもの

13

３　連絡先

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受付1313 | 令和　　年　　月　　日 | 　　　区　　　部いきいき支援センター |

４　開催実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 開催日 | 参加人数 | 1月のうち参加人数の多い日に〇 | 企画・内容　等 | 申請額 |
| １ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| ２ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| ３ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| ４ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| ５ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| ６ | 月　　日 | 人 |  |  | 　　　円 |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
| 月　　日 | 人 |  |  |
|  | 計　　　　　　　　　　円 |

５　参考

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **延参加人数** | 人 | 内訳 | 本人　　　　　 　人 | 専門職　　　 　人 |
| 家族　　　　　 　人 | その他　　　　 人 |
| 地域住民　　　 　人 |  |
| **運営の担い手****・協力者数****（実人数）** | 人 | 内訳 | ①貴団体所属職員　　　 人 | ③その他　　 　　人 |
| ②ボランティア　　　 　 人 |  |
| ①･②･③のうち、認知症サポーター　　　　　 　 人 |