様式第1号（第8条関係）

令和　　　年　　月　　日

（あて先）尼崎市長

尼崎市フレイル予防・認知症を学ぶ講師費用助成金交付申請書

　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

尼崎市フレイル予防・認知症を学ぶ講師費用助成事業の助成金を受けたいので、尼崎市フレイル予防・認知症を学ぶ講師費用助成事業実施要綱第8条の規定により、次の通り助成金の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ 団体名 |  |
| ２ 実施予定日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　時　　分　　から　　時　　分 |
| ３ 会場名及び住所（原則尼崎市内） | 会場名：（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ 団体の必要条件※内容を確認後□に☑を入れて下さい。 | □　下記条件を満たしている。高齢者（65歳以上）が5人以上参加しており、つどいの場を定期的に開催(月1回以上)し、開催実績が1回以上ある団体かつ尼崎市内で活動している団体。 |
| ５ 実施内容※該当する項目の□にのみ☑を入れてください。さらに、実施内容も記入ください。 | □　フレイル予防について（下記に実施内容を記入ください）下記①～③のいずれかに当てはまり、受講後、参加者が実践できる内容であること。①　「口腔機能」・「栄養摂取」が大切と感じる内容（例：歯科衛生士等に講義など）②　運動しよう・続けようと感じる内容（例：リハビリ職等によるウォーキング講義など）③　みんなで楽しく「社会参加」したいと感じる内容（例：専門職等によるミニゲームなど）　 | □　認知症について（下記に実施内容を記入ください）認知症に関連することならば、下記①～③以外でも可能である。①　認知症の種類や病状（例：地域の診療所や病院専門医との交流など）②　認知症の予防（例：昔のことを楽しく話す回想療法など）③　認知症の人への接し方（例：専門職による講座など） |
| 【フレイル予防について申請される場合】* 本市の「フレイルチェック会」の実

施が可能な団体。**裏面内容についても必ずご確認ください。****。** | 【認知症について申請される場合】* 認知症サポーターが1名以上いる団

体、もしくは認知症サポーター養成講座を受けることが可能な団体。 |
| ６ 講師の必要条件等※内容を確認後□に☑を入れて下さい。また、講師氏名等についてもご記入ください。 | □　下記条件（ア～ウ）を満たしている。　ア　今までに尼崎市や他自治体の公民館講座やカルチャーセンター等で講座実績があるもの。　イ　介護予防（フレイル予防）に関することもしくは認知症に関する内容の講座（講義・実践等）を1時間程度できるもの。　ウ　暴力団員及び暴力団密接関係者（尼崎市暴力団排除条例（平成25年尼崎市条例第13号）第2条第3号に規定する暴力団員及び同条4号に規定する暴力団密接関係者をいう。）を含まないもの。※講師氏名：　　　　　　　　　　　　　　これまでの講師としての講座実績（いつ・どこで・どのような内容など）を下記に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **いつ** | **どこで** | **どのような内容（実施内容）** |
| 　　　年　　月 |  |  |

 |
| ７ 申請額等 | 　　　　　　　　円（上限　9,000円）　次に揚げるもの（下記①～④）を対象経費とする。なお、政治活動、宗教活動、営利活動は交付対象とはならない。また、申請団体がすでに実施中の講座の講師費用を当事業で置き換えて費用を充当することはできない。①講師謝礼（必須）、②講座などに使用した資料代、③講座などに使用した材料代、④講座などに使用した会場使用料及び賃借料など |