

尼崎市認知症カフェ運営助成金交付申請書

令和 〇年 〇月〇〇日

尼 崎 市 長 様

申請人 住 所 尼崎市東七松町1丁目23番1号

団体（カフェ）名 オレンジカフェ

代表者名 尼 崎 花 子 印

連絡先 電話番号 06-6489-6356

FAX 番号 06-6489-6528

E-mai ama-koureikaigo@city.amagasaki.hyogo.jp

尼崎市認知症カフェ運営助成金の交付を受けたいので、尼崎市認知症カフェ運営助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 認知症カフェ名称

オレンジカフェ

2 交付申請額

50,000 円

3 添付書類

- ①尼崎市認知症カフェ事業計画書（様式第2号）
- ②尼崎市認知症カフェ収支予算書（様式第3号）
- ③組織の運営に関する定め（規約、会則等）または団体概要（様式第10号）

尼崎市認知症カフェ実施計画書

団体名 オレンジカフェ

認知症カフェ名称	オレンジカフェ
認知症カフェ実施会場	住所 〒660-8501 尼崎市 東七松町1丁目23番1号 会場名称等 尼崎市役所 北館3階 会議室
運営主体	例) ・医療法人〇〇会 ・〇〇病院 ・〇〇薬局 ・〇〇会有志 運営の主体となる団体や名称 をご記入下さい。
認知症カフェ代表者 フリガナ 氏名	アマガサキ ハナコ 尼崎 花子
認知症カフェ連絡先 電話/FAX/メールアドレス	TEL (06) 6489 - 6356 FAX (06) 6489 - 6528 メールアドレス ama-koureikaig@city.amagasaki.hyogo.jp ホームページアドレス http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/ 担当者氏名(フリガナ) 尼崎 花子 (アマガサキ ハナコ)
開催日時 ※令和2年度年間開催日をご記入下さい	<input checked="" type="radio"/> 定期開催 第3木曜日(2か月に1回) 第1回目 令和2年4月16日(木) 第2回目 令和2年6月18日(木) 第3回目 令和2年8月20日(木) 第4回目 令和2年10月15日(木) 第5回目 令和2年12月17日(木) 第6回目 令和3年2月18日(木) ・不定期開催(すべての日時を記載下さい)

	<p>不定期開催の場合は、開催日と不定期開催の理由を記入して下さい。</p> <p>※不定期開催の理由について 例えば、相談対応して下さる専門職の日程調整のため 原則は日時を固定し継続して利用しやすい様に努めて下さい</p>	
参加時の連絡について	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 必要なし
ホームページへの案内チラシの掲載	<p>どちらかに○をして下さい。</p> <input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職による相談会 ・認知症に関する啓発（年1回の認知症サポーター養成講座や認知症に関する講演会）など ・認知症予防のための各種講座 ・茶話会 ・交流会 <p>※年度内に実施する内容を記入して下さい。</p>	
茶菓子の提供（実費の有無）	<ul style="list-style-type: none"> ・実費 <input checked="" type="checkbox"/> （ 100 円 / 1回） 会費制 （ 円） なし ・茶菓子の提供（ <input checked="" type="checkbox"/> ・ なし ） 	
認知症の人および家族の相談に対応できる人（1名）	<p>フリガナ アマガサキ ハナコ</p> <p>氏名 尼崎 花子</p> <p>資格等（いずれかに○をつけて下さい）</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 専門職（ 医師 ） 職種を記入して下さい。 ・キャラバン・メイト ・認知症サポーター ・認知症ステップアップ講座受講者 	

尼崎市認知症カフェ収支予算書

団体名 オレンジカフェ

1 収入

費目	金額(円)	備考（主な内容・内訳）
助成金	50,000 円	尼崎市認知症カフェ運営助成金 ※交付申請額と一致させて下さい
参加費	9,000 円	100 円×15 名×6 回=9,000 円
その他	円	
合計	59,000 円	

2 支出

費目	金額(円)	備考（主な内容・内訳）
報償費	27,000 円	講師謝礼 9,000 円×3 回=27,000 円
消耗品費	10,500 円	お茶代他 5,000 円、文具類 3,000 円、手芸用品 2,500 円
印刷製本費	2,000 円	コピー代 2,000 円
通信運搬費	2,000 円	切手代 2,000 円
保険料	1,500 円	ボランティア保険 300 円(1 人)×5 人=1,500 円
使用料及び賃借料	7,200 円	会場使用料 1,200 円×6 回=7,200 円
備品購入費	8,800 円	回想法で使用するレコードなどの音響機器のレンタル費用
その他	円	
合計	59,000 円	

※1 収入の合計と支出の合計は必ず一致させて下さい。

※2 助成額は上限 50,000 円となります。

尼崎市指令（高齢）第 号
令和 〇年 〇月 〇〇日

尼崎市認知症カフェ
代表者 **尼崎 花子** 様

尼崎市 長

尼崎市認知症カフェ運営助成金交付（不交付）決定通知書

令和〇年 〇月 〇日付で交付申請のあった尼崎市認知症カフェ運営助成金の交付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

交付します。

助成金交付決定額 50,000 円

交付の条件

- 1 助成金を本事業の目的以外及び暴力団等への利益となる行為へは使用しないこと。
- 2 助成事業の内容を変更し又は廃止する場合には、市長の承認を事前に得ること。
- 3 尼崎市認知症カフェ運営助成事業実施要綱の規定を遵守する。
なお、これらの条件が守れないときは、交付決定を取り消すことがある。

交付しません。

不交付の理由

審査の結果、助成の条件を満たしていない場合は交付することが出来ません。
その理由をこちらに記入します。

尼崎市認知症カフェ運営実績報告書

団体名 オレンジカフェ

カフェの名称	オレンジカフェ
実施期間・回数	令和2年6月18日 から 令和3年2月18日 <u>5</u> 回

	実施年月日	参加人数（上段）	内容
		参加専門職1名の氏名を記載（下段）	
1	令和2年4月16日 新型コロナウイルス感染 拡大防止のため中止	名	
2	令和2年6月18日	15 名 尼崎 花子	①認知症とお薬のお話し ②介護相談 ③茶話会
3	令和2年8月18日	15 名 尼崎 花子	①熱中症のお話し ②介護相談 ③茶話会

	実施年月日	参加人数（上段）	内容
		参加専門職1名の氏名を記載（下段）	
4	令和2年10月15日	15名	①手芸・工作 ②介護相談 ③茶話会
		尼崎 花子	
5	令和2年12月17日	15名	①認知症サポーター養成講座 認知症についての講話 ②介護相談 ③茶話会
		尼崎 花子	
6	令和3年2月18日	15名	①認知症予防について（回想法など） ②介護相談 ③茶話会
		尼崎 花子	
7	年 月 日	名	
8	年 月 日	名	
9	年 月 日	名	
10	年 月 日	名	

尼崎市認知症カフェ収支決算書

団体名 オレンジカフェ

1 収 入

費 目	金 額(円)	備 考 (主な内容・内訳)
補助金	50,000 円	尼崎市認知症カフェ運営助成金 ※交付申請額と一致させて下さい
参加費	7,500 円	100 円×15 名×5 回=7,500 円
その他	円	
合計	57,500 円	

2 支 出

費 目	金額 (円)	備 考 (主な内容・内訳)
報償費	27,000 円	講師謝礼 9,000 円×3 回=27,000 円
消耗品費	8,000 円	お茶代他 4,000 円、文具類 1,500 円、手芸用品 2,500 円
印刷製本費	2,000 円	コピー代 2,000 円
通信運搬費	2,000 円	切手代 2,000 円
保険料	1,500 円	ボランティア保険 300 円(1 人)×5 人=1,500 円
使用料及び賃借料	6,000 円	会場使用料 1,200 円×5 回=6,000 円
備品購入費	11,000 円	回想法で使用するレコードなどの音響機器のレンタル費用
その他	円	
合計	57,500 円	

様式第7号（第11条関係）

記入見本

尼崎市指令（高齢）第 号
令和 年 月 日

尼崎市認知症カフェ
代表者 様

尼崎市 長

尼崎市認知症カフェ運営助成金交付額確定通知書

令和〇年〇月〇日付け尼崎市指令（高齢）第 〇〇 号で交付決定した尼崎市認知症カフェ運営助成金について、下記のとおり金額を確定したので通知します。

記

■ 交付確定額 金 50,000 円

※ 上限 50,000 円のため、50,000 円を超えた額は助成できません。

記入見本

尼崎市認知症カフェ運営助成金変更承認申請書

年 月 日

尼崎市 市長 様

申請人 住 所 _____

団体(カフェ)名 _____

代表者名 _____ 印

連絡先 電話番号 _____

FAX 番号 _____

Email _____

年 月 日付け 尼崎市指令(高齢)第 号で交付決定のあった尼崎市認知症カフェ運営助成金について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

変 更 前	例) コロナウイルス感染拡大防止のため参加者の安全面も考慮し、予定していた第1回目の令和2年4月16日(木)の開催を中止した。 開催数 6回
変 更 後	開催数 5回

団 体 概 要

団体名 (カフェ名)	オレンジカフェ	
団体設立時期	【設立時期】 <u>平成31年 4月</u> 【代表者】 氏 名 <u>尼崎 花子</u> 住 所 <u>尼崎市東七松町1丁目23番1号</u> 連絡先 <u>06-6489-6356</u>	
運営スタッフ		氏 名
	1	尼崎 花子
	2	立花 太郎
	3	園田 二郎
	4	中央 花子
	5	武庫 ようこ
	6	
	7	
	8	
	9	
10		

※上記代表者をこの団体の代表者と認める。