

記入例

令和 8 年 4 月 1 日

原則4月1日を記入

広島市長様

申請者の住所
※団体の場合は
所在地

〒 730-8586
広島市中区国泰寺町一丁目6-34

運営団体等名 ●○学区社会福祉協議会

申請者	役職	会長
	氏名	広島 ケア子
連絡先	電話	082-000-000
	メール	xxx@xxxxx

(注) 日中、電話連絡が取れる連絡先を御記入ください。

令和 8 年度 認知症カフェ支援金給付申請書

認知症カフェ支援金の給付を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。
また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

記

1回当たり1万円、
年間給付上限額24万円

1 事業名 認知症カフェ運営事業

カフェ名	申請額	年間開催予定回数
●○カフェ	120,000 円	12 回

2 支援金の振込先口座 【 代表者の口座 ・ 委任状に記載の受任者の口座 】

金融機関	広島	銀行・信用金庫 農協・信用組合	市役所 支	店所
	金融機関コード	0169	店番	048
口座番号	0123456		預金種別	1 普通 2 当座
口座名義 (カナ)	●○カフェ テンチョウ ホウカツ ケアミ			

必ずカタカナで記入してください。

代表者氏名と口座名義が異なる場合は委任状が必要です。

3 添付書類

- 事業計画書 (様式第2号)
- 団体の規約・会則等、認知症カフェの運営規約等
- 認知症カフェの位置図・写真
- 誓約書 (様式第3号)
- 支援金振込先口座の名義、口座番号が分かるもの (通帳の写しなど)

記入例

様式第2号（第7条関係）

事業計画書 1/6

1 事業名	認知症カフェ運営事業
2 事業内容	(カフェ名) ●○カフェ

(実施期間(支援対象期間)) 令和 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日

(実施場所) 【施設等の名称: ●○集会所】
【住所: ○区●○1丁目1-1】

(開催日程) 月1回: 第 2 金 曜日 13 時 00 分 ~ 16 時 30 分
月2回: 第 曜日 時 分 ~ 時 分
※ 年間行事予定表を添付してください。

(運営スタッフ) 常時配置するスタッフの人数 【 4 人 】

氏名	担当			
包括 ケア美	<input checked="" type="checkbox"/> 代表	<input type="checkbox"/> 会計担当者	<input checked="" type="checkbox"/> 専門職	<input type="checkbox"/> その他
推進 ケア郎	<input checked="" type="checkbox"/> 副代表	<input checked="" type="checkbox"/> 会計担当者	<input type="checkbox"/> 専門職	<input type="checkbox"/> その他
国泰寺 ケア代	<input type="checkbox"/> 副代表	<input type="checkbox"/> 会計担当者	<input checked="" type="checkbox"/> 専門職	<input type="checkbox"/> その他
中区 ケア男	<input type="checkbox"/> 副代表	<input type="checkbox"/> 会計担当者	<input type="checkbox"/> 専門職	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 副代表	<input type="checkbox"/> 会計担当者	<input type="checkbox"/> 専門職	<input type="checkbox"/> その他

※運営スタッフが6名以上の場合は、名簿（様式任意）を提出してください。

専門職（1人目）

① 専門職の氏名・職種 【 包括 ケア美 看護師 】

② 専門職としての相談支援等の経験

- ▶ 介護保険事業所や医療機関等での実務経験がある。 経験年数 【 15 年 】
- ▶ 認知症カフェのボランティアとして相談支援の経験がある。 経験年数 【 年 】
- ▶ その他 【 年 】

(運営スタッフの続き)

専門職 (2人目)

① 専門職の氏名・職種 【 **国泰寺 ケア代** **介護福祉士** 】

② 専門職としての相談支援等の経験

- ▶ 介護保険事業所や医療機関等での実務経験がある。 経験年数 【 年 】
- ▶ 認知症カフェのボランティアとして相談支援の経験がある。 経験年数 【 **2** 年 】
- ▶ その他 【 】

専門職 (3人目)

① 専門職の氏名・職種 【 】

② 専門職としての相談支援等の経験

- ▶ 介護保険事業所や医療機関等での実務経験がある。 経験年数 【 年 】
- ▶ 認知症カフェのボランティアとして相談支援の経験がある。 経験年数 【 年 】
- ▶ その他 【 】

(参加者数の見込み)

1回当たり **20** 人

※内訳

認知症の人	4 人	認知症の人の家族	7 人
地域住民	7 人	その他	2 人

診断を受けている人だけでなく、MCIの人や認知症の疑いのある人も含みます。専門職から見て、要配慮が見込まれる人の数を記入してください。

(利用者負担金)

- 定額1人1回 **200** 円
- 定額1人1回 円 + 実費相当額
- 実費相当額のみ
- 無し

運営スタッフ以外のボランティア、専門職(地域包括支援センターの職員等)など

(茶菓子等の提供)

- 有り ▶ 提供予定の茶菓子等 【 **コーヒー、お茶、菓子** 】
- 提供方法
- 缶、ペットボトル等の飲み物、菓子等の食品は市販品をそのまま提供
 - 市販品や原材料を調理又は加工して提供
- 広島市保健所での手続等
- 相談済み（手続不要）
 - 相談済み（手続済み）
 - 相談していない
- 無し

(運営方針) 全ての項目を満たすことを確認し、□にチェック(✓)を入れてください。

- 認知症カフェの果たす役割を理解している。
- 【定義】
認知症の人と家族、地域住民、専門職等が気軽に集い、相互交流が図れ、専門職による相談・助言等を行うことなどによって、認知症の人と家族等の孤立化防止及び地域で認知症の人と家族等を支える体制づくりに資する活動拠点
- 認知症の人と家族等を地域で支える上での課題やニーズを把握している。
- ▶ 課題・ニーズの内容 【 **近隣に認知症の人がいるが、居場所がない** 】

(対象団体) 全ての項目を満たすことを確認し、□にチェック(✓)を入れてください。

- これまでに認知症の人や家族等を対象とした支援活動の実績がある。
- 実施場所や運営スタッフ、自主財源の確保などの面において、継続的な事業実施が可能である。

(要件・活動内容) 全ての項目を満たすことを確認し、□にチェック(✓)を入れてください。

- 専ら営利を目的としない。
- 活動拠点は市民等が利用しやすい場所に開設し、10人以上が活動できるスペースを有する。
- ▶ 活動拠点の広さ 【 **70** m² 】
- ▶ 拠点内で同時に活動できる人数 【 **30** 人 】

(要件・活動内容の続き)

- 地域団体等と連携を図るとともに地域に対して広く広報を行い、認知症の人と家族、地域住民、専門職等が気軽に集える環境である。

- ▶ 連携を図っている地域団体

- 地区（学区）社会福祉協議会
- 地域の民生委員
- 町内会・自治会
- その他 【

- ▶ 広報の方法

- 回覧板・掲示板の活用
- チラシの配布
- 運営スタッフや参加者による声掛け
- その他 【

- 認知症の人及び家族等が安心して集い、交流する場の提供と交流の促進

- ▶ 認知症の人が安心して参加できるプログラムの設定

【内容】○○○、×××などのレクリエーションを行い、認知症の人が参加しやすいよう、△△などの工夫をする。カフェタイムをしっかりとる。…

- ▶ 交流の促進に当たり、話しやすい環境を作るための配慮

【内容】○○にならないよう、○○するようにしている。××できる場を設定している。…

- 認知症の人及び家族等からの相談に対する医療・介護・福祉等の専門職による助言の実施

【専門職】 **看護師** ・ **介護福祉士** ・

- ▶ 相談環境を作るための配慮

【内容】相談ブースを設ける。専門職含め運営スタッフは名札をつける。専門職が全員に話しかけて、相談しやすい雰囲気を作る。…

- 認知症に関する本市の施策や地域におけるサービスに関する情報提供

- ▶ 提供内容

- 認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）に関すること

- 介護保険制度（サービス）や各種相談窓口に関すること

- その他 【 **認知症に関する講演会などの案内** 】

(要件・活動内容の続き)

- 家族等の介護者の不安・負担を軽減するような取組

▶ 取組内容

- 介護者だけの席にするなど、日々の悩みを共有する場を設ける。
- 認知症の人との接し方などについて専門職からの助言を行う。
- 介護保険サービス等に関する情報提供を行う。
- その他 【 _____ 】

- 認知症に関する知識を深めるための講習会等の取組（詳細は年間行事予定表に記載してください。）

▶ 年間開催予定回数 **3** 回

(その他) 全ての項目を満たすことを確認し、□にチェック(✓)を入れてください。

- 認知症の人と家族等の参加を促す(継続して参加できるようにする)ために行っている工夫・配慮、カフェの周知方法、地域住民との交流等

【内容】

**地域包括支援センターを通じて、本人や家族に紹介してもらう。
参加後に感想を聞いて、改善できる点があれば改善する。
本人のやりたいことを聞いて実践する。...**

3 事業運営

※ 以下の視点から具体的に記載してください。

- (1) 秘密保持(利用者の個人情報保護及びプライバシーの尊重・保護に向けた具体的な対応策)

~~~~~  
~~~~~

- (2) 衛生管理(認知症カフェの活動において茶菓等の提供を行う際や感染症予防等の衛生管理への具体的な取組)

~~~~~  
~~~~~

3 事業運営の続き

(3) 安全対策と緊急時の対応（日常的な安全対策や事故・災害時、急病人発生時の対応方針）

~~~~~  
~~~~~

(4) 支援を受けることの効果

- 利用者の負担を軽減することができる。
- カフェを定期的を開催することができる。
- 認知症に関する知識を深めるための講習会等を実施することができる。
- プログラムの内容を充実させ、活動内容の魅力アップを図ることができる。
- 新たな利用者の参加を促進することができる。
- その他

()

4 連絡先等

(1) 運営責任者 ※ 申請書（様式第1号）の申請者情報と同じ場合は記載不要です。

役職・氏名	店長 包括 ケア美		
住所	〒 000-0000 〇区●〇1-1-1		
TEL	082-000-0000	携帯電話	080-0000-0000
FAX		メール アドレス	

(2) 担当者 ※ 申請書（様式第1号）の申請者情報と同じ場合は記載不要です。

役職・氏名	副店長 推進 ケア郎		
住所	〒 000-0000 〇区●〇1-1-1		
TEL	082-000-0000	携帯電話	090-0000-0000
FAX		メール アドレス	xxx@xxxxx

(3) 連絡先

本市からの通知文やメールの送付先について、以下の項目から選択してください。なお、紙で送付する必要があるものを除き、本市からの連絡は、原則、メールで行います。

- 申請者 運営責任者 担当者

記入例

令和 8 年 4 月 1 日

広島市長様

申請書の申請者と同じ内容を記入してください。

（申請者の住所 ※団体の場合は所在地）

〒 730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6-34

（運営団体等名）

●○学区社会福祉協議会

（申請者〔役職・氏名〕）

会長

広島 ケア子

誓約書

令和 8 年度認知症カフェ支援金の申請に当たり、下記の事項について、いずれも事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 宗教活動又は政治活動を主たる目的としていないこと。
- 2 申請者及び支援対象事業により活動する構成員のいずれもが暴力団及び暴力団員の統制下でないこと。
- 3 支援金の給付を受けようとする事業について、当該年度に国、県及び市から他の補助金等の交付を受けていないこと。
- 4 支援金給付申請日現在、市税を滞納していないこと。（市税が課税されていない場合も「滞納していない」に含みます。）

※ 申請者と口座名義人が異なる場合、提出が必要です。

記入例

委任状

令和 8 年 4 月 1 日

広島市長様

私は、(団体名) ●○カフェ
(役職) 店長 (氏名) 包括 ケア美

を代理人(受任者)と定め、認知症カフェ支援金に係る下記の権限を委任します。また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行ったことを承諾します。

記

認知症カフェ支援金の受領及び返納に関する件。

口座名義人の団体名・役職・氏名を記入してください。
※個人名義の口座の場合は、団体名・役職の記載は不要です。

委任者 (申請者の住所 ※団体の場合は所在地)

〒 730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6-34

(運営団体等名)

●○学区社会福祉協議会

(申請者[役職・氏名])

会長

広島 ケア子

委任者 = 支援金の申請者

受任者 (所在地)

〒 000-0000

〇区●〇1-1-1

(団体等名)

●○カフェ

(役職)

(氏名)

店長

包括 ケア美

受任者 = 振込先口座の名義人

※個人名義の口座の場合は、団体名・役職の記入は不要です。