別紙２

　年　　月　　日

（あて先）高松市長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

（個人にあっては、住所及び氏名）

高松市認知症カフェ登録申請書

次のとおり高松市認知症カフェ登録事業を実施したいので、登録されるよう高松市認知症カフェ登録事業実施要領５の（１）の規定により、次のとおり申請します。

１　名称及び実施内容

別紙のとおり

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

別紙（補助事業・登録事業共通）

実　施　内　容

|  |  |
| --- | --- |
| １カフェの名称 |  |
| ２開催頻度　開催日（予定） | 年間　　　　　　　　回　　開催日　　　　　　　　　　　　の予定 |
| ３開催時間 |  |
| ４開催場所 |  |
| ５利用者人数（１回当たり見込み） | 本　人　　　　　　　人家　族　　　　　　　人その他　　　　　　　人 |
| ６スタッフ人数（１回当たり見込み） | 専門職　　　　　　　人（職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 市登録ボランティア　　　　　　人 |
| その他　　　　　　　　　　　　人 |
| ７利用者負担額 | 円/人 |
| ８実施内容 | １　目的（目指すこと等）２　具体的な実施内容（衛生面や安全対策についても記載してください。）３　記入欄が不足する場合は、別紙として添付してください。 |
| ９PR等 |  |

＊添付書類

１　開催場所の見取り図（補助事業対象になったことのある団体等で、変更のない場合は提出不要です。）

２　その他市長が必要と認める書類（別紙（同意書）、ある場合はパンフレット、チラシ等）

別紙（補助事業・登録事業共通）

同　　意　　書

（あて先）高松市長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　（個人にあっては、住所及び氏名）

認知症カフェ補助事業（又は登録事業）の応募（申請）に当たり、必要書類の一つである市税の滞納の有無について、次の者が確認することを同意します。

年　　　月　　　日

所在地　高松市桜町一丁目９番１２号

名称　高松市健康福祉局長寿福祉部地域包括支援センター

代表者氏名　地域包括支援センター長