別紙１

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補助事業応募提案書

次のとおり高松市認知症カフェ運営事業に対する補助事業を実施したいので、次のとおり応募します。

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