

島原地域広域市町村圏組合 令和6年度 認知症カフェ事業

補助事業者選定にかかる申込書

令和 年 月 日

島原地域広域市町村圏組合 管理者 様

所在地
法人名
代表者

印

認知症カフェ事業補助金の交付を希望するため下記のとおり申込みます。

<希望する地域>いずれかに○を付ける。

島原市	安中・白山・森岳・杉谷・三会・有明
雲山市	国見・瑞穂・吾妻・愛野
南島原市	深江・布津・有家・西有家

<事業計画>

実施日・時間(予定)	
実施場所(予定)	
相談に対応できる 職員の職種	
飲食メニュー 料金(予定)	
参加者人数 (目標)	
希望する理由	

<担当者連絡先>

事業所等名称			
所在地			
担当者名			
電話		FAX	
Eメール			

※事業所等名称、所在地は法人と異なる場合記入。

島原地域広域市町村圏組合 令和6年度 認知症カフェ事業

補助事業者選定にかかる申込書

令和 6年 月 日

島原地域広域市町村圏組合 管理者 様

所在地 島原市有明町〇〇〇

法人名 〇〇〇

代表者 広域 太郎

印

認知症カフェ事業補助金の交付を希望するため下記のとおり申込みます。

<希望する地域>いずれかに〇を付ける。

島原市	安中・白山・森岳・杉谷・三会・ 有明
雲山市	国見・瑞穂・吾妻・愛野
南島原市	深江・布津・有家・西有家

<事業計画>

実施日・時間(予定)	毎月第2、第4日曜日 11:00~15:00
実施場所(予定)	〇〇〇 (公共施設等でもよいが、毎回同じ場所で実施できるように配慮すること)
相談に対応できる職員の職種	理学療法士、保健師、看護師、介護職員
飲食メニュー料金(予定)	≪飲み物≫〇〇〇円(お茶、コーヒー、紅茶) ≪食事≫〇〇〇円(ボランティアが作る昼食)
参加者人数(目標)	15人
希望する理由	

<担当者連絡先>

事業所等名称			
所在地			
担当者名			
電話		FAX	
Eメール	(提出書類の様式等の送付に使います)		

※事業所等名称、所在地は法人と異なる場合記入。