

日付は空欄にして下さい。

年 月 日

門真市長 様

事業者 代表者氏名 **ガラスケ 太郎**
代表者住所 **門真市中町〇-●**
代表者電話番号 **06-●●●-◆◆◆**
団体名 **◆◆◆町シニア会**

決定通知書の日付・門保高の番号を記載。わからなければ空欄で結構です。

門真市認知症カフェ等の居場所づくり推進事業実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった補助金について、門真市認知症カフェ等の居場所づくり推進事業補助金交付要綱第12条の規定により、下記のとおり実績を報告します。

記

- 1 活動経費総額 金 **44,300** 円 (様式第11号のBの額)
- 2 補助金交付決定額 金 **36,000** 円
- 3 添付書類

(1) 門真市認知症カフェ等の居場所づくり推進活動報告書（様式第10号）

(2) 門真市認知症カフェ等の居場所づくり活動記録（様式第10号別紙）

(3) 決算書（様式第11号）
- 4 振込先口座

金融機関	金融機関名				支店名			預金種別	
	門真				市役所前 支店			普通・当座	
	金融機関コード				支店コード			口座番号	
	◆	◆	◆	◆	●	●	●	▲▲●●◆◆	
フリガナ					ガラスケ タロウ				
口座名義人					ガラスケ 太郎				

振込先が代表者や団体の口座以外の口座に振り込む際には、別途書類が必要です。

様式第10号（第12条関係）

門真市認知症カフェ等の居場所づくり活動報告書

活動内容	事業者名	◆◆◆町シニア会
	認知症カフェ等の居場所の名称	ガラスケカフェ
	開設場所	門真市●●●センター→□月から門真市●●●町自治会館
	事業の内容	認知症の人の気持ちに寄り添った声掛けなどを行います。認知症の人の家族へは、介護の相談や上手な息抜きのアドバイス、サービスが利用できるように地域包括支援センターや門真市 高齢福祉課に連絡を取り合います。
	事業の効果	困ったら地域包括支援センターに連絡をしていたら、地域包括支援センターの方が定期的に見に来てくれて、講和等をしてくれるようになり、認知症の介護について正しい知識をいろいろ知ることができた。
	参加者の様子・感想等	最初は、認知症の人の家族からは、本人に合わせてみなさん対応してくれるので、居心地が良いと言われた。 地域の方からは、認知症の人だけど、できることも色々あることに気づいたという感想があった。
	事業の実施期間	令和6年4月 1日 ～ 令和7年3月31日
	参加述べ人数	12 人 ※内訳は別紙の活動記録のとおり
担当者	氏名	ガラスケ 太郎
	住所	門真市中町〇-●
	電話番号	06-●●●-◆◆◆

4/1～3/31 にして
下さい。

◎活動状況のわかるもの、写真やチラシなどを添付

様式第10号（第12条関係）別紙

門真市認知症カフェ等の居場所づくり活動記録

(認知症カフェ等の居場所名称：**ガラスケカフェ**)

[illegible]

※専門職は、認知症地域支援推進員又はそれと同等の専門的知識を有し、認知症の人及びその家族からの相談に対応することができる人員をいう。

様式第11号（第12条関係）

令和6年度 門真市認知症カフェ等の居場所づくり推進事業決算書

収入の部

科 目	収入の内容	金 額（円）
認知症カフェ等の居場所づくり推進事業補助金	3,000円×12回	36,000
寄附金		
団体負担		1,100
飲食費	12人×100円	1,200
合 計		A 43,200

A と B は同額となります。

支出の部

科 目	支出の内容	活動経費総額（円）	活動経費総額のうち 補助対象経費（円）
消耗品費	筆記用具・CD	10,800	10,800
印刷製本費	コピー代	4,400	5,500
会場使用料	1,500円×12回	18,000	18,000
備品購入費	食器類（マグカップ・スプーン）	4,200	4,200
飲食費	コーヒー、お菓子等	5,800	
合 計		B 43,200	C 38,500

(注) 支出科目は具体的に記入し、説明においてその積算基礎等、詳しく記入すること。

(注) 領収書等、根拠となる資料を添付すること。