

第1号様式（第5条関係）

交 付 申 請 書

令和 年 月 日	
(宛先) 焼津市長	
開催場所	
団体等の名称	
代表者住所	
代表者氏名	
電話番号	
次のとおり実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。	
補助事業の名称	令和5年度焼津市認知症カフェ運営事業
補助申請額	
補助事業の目的及び内容	
補助事業の期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
補助事業の効果	

(添付書類) 事業計画書、収支予算書、従事者名簿

第2号様式（第5条、第8条関係）

事業計画書（変更事業計画書）

団体等の名称	
開催場所	<p>【写真又は図】</p>
類 型	<input type="checkbox"/> 公会堂等利用型 <input type="checkbox"/> 借家型 <input type="checkbox"/> 施設併用型 <input type="checkbox"/> 自宅開放型 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
開設年月日	令和    年    月    日
開催日等	<input type="checkbox"/> 毎週（    曜日） <input type="checkbox"/> 月    回（第    曜日）
開催時間	（午前・午後）    時    分～（午前・午後）    時    分
利用料の徴収	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（                      ）
具体的活動内容	<p>（年間行事、プログラムなど）</p>

第3号様式（第5条関係）

従事者名簿

団体等の名称（ ）

	氏名	職種	認知症 相談対応 経験年数	所属
1			年 か月	
2			年 か月	
3			年 か月	
4			年 か月	
5			年 か月	
6			年 か月	
7			年 か月	
8			年 か月	
9			年 か月	
10			年 か月	

※令和5年4月1日現在のもの。新規開設の場合は、開設時点のもの。

※専門職以外の方は、職種、経験年数及び所属の記載は不要です。

※記載欄が不足する場合は、本様式をコピーし使用してください。

変更交付申請書

令和 年 月 日	
(宛先) 焼津市長	
開催場所	
団体等の名称	
代表者住所	
代表者氏名	
電話番号	
令和 年 月 日付け焼 ー 号により補助金の交付決定を受けた、令和5年度焼津市認知症カフェ運営事業の内容を、次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。	
補助決定額	
変更交付申請額	
変更の理由	
変更の内容	

(注意) 変更内容の分かる書類を添付してください。

実 績 報 告 書

令和 年 月 日	
(宛先) 焼津市長	
開催場所	
団体等の名称	
代表者住所	
代表者氏名	
電話番号	
補助事業が終了したので、関係書類を添えて報告します。	
補助事業の名称	令和5年度焼津市認知症カフェ運営事業
補助決定額	
補助交付決定日	令和 年 月 日付け焼 ー 号
事業実施期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
事業実績の概要	

(添付書類) 事業実績書、利用者名簿、収支決算書、領収書の写し

第6号様式（第9条関係）

### 事業実績書

団体等の名称（ ）

	開催日	利用者数	内 容	従事者
1	月 日			
2	月 日			
3	月 日			
4	月 日			
5	月 日			
6	月 日			
7	月 日			
8	月 日			
9	月 日			
10	月 日			
11	月 日			
12	月 日			

※記載欄が不足する場合は、本様式をコピーし使用してください。

第7号様式（第9条関係）

利 用 者 名 簿

団体等の名称（ ）

No.	氏 名	区 分
1		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
4		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
5		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
6		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
7		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
8		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
9		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
10		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
11		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
12		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
13		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
14		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
15		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※補助事業期間中の利用者。

※記載欄が不足する場合は、本様式をコピーし使用してください。

第8号様式（第11条、第12条関係）

請求書（概算払請求書）

令和 年 月 日	
(宛先) 焼津市長	
開催場所	
団体等の名称	
代表者住所	
代表者氏名 <span style="float: right;">⑩</span>	
電話番号	
次のとおり請求します。	
補助事業の名称	令和5年度焼津市認知症カフェ運営事業
請求金額	
補助金交付確定日 又は決定日	令和 年 月 日付け焼 ー 号

(口座振替先)

金融機関名	
支店名	
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

(添付書類) 資金状況調べ (概算払の請求の場合のみ)



第9号様式（第12条関係）

### 資金状況調べ

団体等の名称（ ）

区分		月別	団体等の名称（ ）			
		4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
収 入						
		収入計				
支 出						
		支出計				
差引残高						