（様式第１号の１）

事　業　計　画　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症カフェ開設支援事業補助金の補助対象となる事業 | カフェの名称 |  |
| 運営団体の名称 |  |
| 事業区分 | □　新規事業（　年目）　□　その他（　年目）　※カフェ運営に関しての他の補助金受給　□有　□無　　　有の場合→　　　年度～　　　年度 |
| 事業目的 |  |
| 事業の内容 |  |
| 開催日時 | 毎月第　　曜日　　時　～　　時　実施予定 |
| 会場 | 【建物名】　【住所】【利用可能人数　　　　人】 |
| 今後３年間の展望 |  |
| 運営スタッフ | 【運営スタッフ　計　　名】うち認知症の人などからの相談に応じるもの　　　名（※　　　　　　　　　） |
| 地域の関係者等との連携策 |  |
| 事業の実施期間 | 　　年　　月　　日（　）　～　　　年　　月　　日（　） |
| 担当者 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏 名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※認知症カフェ開催予定会場の位置図及び写真（建物外観及び会場内）を添付すること。