

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	<input type="checkbox"/> 新規事業（年目） <input type="checkbox"/> その他（年目） ※カフェ運営に関しての他の補助金受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ 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。