第１-①号様式 枚方市認知症カフェ登録申込書兼同意書

令和　　年　　月　　日

枚　方　市　長　宛

　　　（申込者） 住 　　所

氏　　　名

　　　　　　 　 電 話番 号

　　　　　　　　 代　表　者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  カフェの名称 | （以下のあてはまるものに**レ**）  □法人（NPO、社会福祉、社団）  □個人  □その他 | 開設（予定）年月日 | 令和　　 年 　　 月　　 日 | | イ ン タ ー ネ ッ ト 等 で 情 報 を 公 開 し ま す |
| 実施主体 |  | 参加者定員 | 人  ※概ね10人以上の参加者が集えること  **事前の参加申込（要・不要）** | |
| 活動場所  住所 | 枚方市  （以下のあてはまるものに**レ**）  □民家（個人の家）□病院、施設の一室  □地域の喫茶店、レストラン等  □その他（　　　　　　　　） | | | |
| 電話番号  （連絡先） | －　　　　－ | 参加費 | 円 | |
| 開催頻度  実施時間 | １．週（　　）回　　（　　）曜日　　時間（　　：　　～　　：　　）  　　　　　　　　　　（　　）曜日　　時間（　　：　　～　　：　　）  ２．月（　　）回　　（第　　　）曜日　　時間（　　：　　～　　：　　）  　　　　　　　　　　（第　　　）曜日　　時間（　　：　　～　　：　　）  ※月１回以上の開催のこと | | | |
| 内　　容  複数回答有  ★必ず実施 | （以下のあてはまるものに**レ**）  ★□認知症の人がスタッフとして活動できるようにサポートをする場  ★□本人や家族、市民への認知症の理解のための場  ★□本人や家族が気軽に立ち寄れる場作り、本人の社会参加の場  ★□認知症の病気や支援制度についての相談、情報提供の場  □本人や家族が当事者同士で集うことによる、ピアカウンセリングの場  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| カフェのＰＲ  （100文字程度） |  | | | |
| スタッフ | 【スタッフ　計　　　　名】  **内　訳**（以下のあてはまるものに**レ**）  □市民ボランティア　　　　名  □認知症サポーター　　　　名  □医療系専門職　　　　名（職種名：　　　　　　　　　　　　）  □介護系専門職　　　　名（職種名：　　　　　　　　　　　　）  □その他　　　　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 市民等からの照会に応じて情報提供します | |
| インターネット上でのボランティアスタッフの募集掲載  □希望する  □希望しない | | | 希望する場合のみ情報提供します | |
| **枚方市認知症カフェへの登録基準**  １　開催頻度：月１回以上、１回あたり概ね１時間以上の開催をすること  ２　会　　場：運営主体（団体・個人）は、枚方市内に住所を有する場所にて開催し、概ね10人以上の参加者  が集えること  ３　地域との交流・参加の自由：既存の固定された参加者のみでなく、地域の市民が参加・交流できること  ４　相談機能：認知症の人及びその家族からの相談に対応、若しくは関係機関を紹介することができる人員を  1名以上配置すること  ５　認知症（疑いを含む）の人ができることを見つけて、スタッフとして活動できるようにサポートできること | | | | | |
| **同意確認欄**  １　枚方市内に住所を有する又は事業所等を設置している社会福祉法人、医療法人等の法人格を有する団体、市内に住所を有する、地域で活動している団体、NPO法人、市内に住所を有する個人であること  ２　継続的な活動を行うことが見込まれる団体等であること  ３　営利目的、宗教活動又は政治活動への勧誘、商品の契約・販売を主たる目的とした団体等でないこと  ４　枚方市オレンジカフェへの登録、ホームページ等で活動について公表することを承諾すること  ５　参加者及び家族の個人情報やプライバシーを尊重し、個人情報保護を遵守すること  **※以下は介護保険事業所のみ記入**  ６　介護保険等サービスにおける設備に関する専有区画・人員基準等指定基準に反することがないよう実施すること。**→指定基準について福祉指導監査課で、承諾の確認をしました。（　済　・　未　）** | | | | | |
| 以下は記入しないでください。  **枚方市記入欄**  **登録番号NO.（　　　　　　　　　）**   * **認知症カフェ設立支援事業補助金交付申請** | | | | | |