枚方市認知症カフェ設立支援事業

様式第2-①

令和　　年　　月　　日

認知症カフェ運営スタッフ研修　補助金交付申請書

枚方市長　宛

枚方市認知症カフェ実施主体

住　　所

氏　　名

電話番号

代 表 者

　認知症カフェ運営スタッフ研修の補助金交付について、以下のとおり申請します。

記

１　補助金申請額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　関係書類

　(1) 認知症カフェ運営スタッフ研修　実施企画書（様式第2-②号）

(2) 認知症カフェ運営スタッフ研修　収支予算書（様式第2-③号）

(3) 枚方市認知症カフェ登録申込書兼同意書（様式第1-①）

※既に登録申込手続きを終了している場合は不要

３　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 連絡先 |
|  | 電話番号　　　（　　　） |
| FAX番号　　　（　　　） |
| E-mail |

**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縁団体、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　枚方市認知症カフェへの登録を併せて行い、枚方市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

６　この要綱に基づく補助金を受けた事がない団体等であること