様式第７号（第１１条関係）

認知症カフェ実績報告書

令和　　年　　月　　日

川　西　市　長　宛て

１．開設年月日　　　　　　令和　　年　　月　　日

　２．開催場所

３．総開催回数　　　　　　　　　　　　　　　　　回

　４．平均開催回数　　　　１か月あたり　　　　　　回

　５．平均開催時間　　　　１回あたり　　　　　　時間

　６．相談に対応できる専門職に就いている者の、参加職種及び延べ人数

　　　　　　　　　　看護師　　　　　　　　　　　　名

　　　　　　　　　　保健師　　　　　　　　　　　　名

　　　　　　　　　　介護支援専門員　　　　　　　　名

　　　　　　　　　　社会福祉士　　　　　　　　　　名

　　　　　　　　　　その他

　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　　　　名

　　７．助成対象経費

　　　７－１　消耗品及び備品

（但し、認知症カフェで提供する飲食物に係る経費は除く）

|  |  |
| --- | --- |
| 品　　　　名 | 金　額（円） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 消耗品及び備品　合計 |  |

　７－２　その他経費

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　目 | 金　額（円） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他経費　合計 |  |

　助成対象経費総合計（７－１と７－２の合計）　　　　　　円