



**(参加者数の見込み)**

1回あたり ( ) 人程度

内訳 認知症の人 ( ) 人 認知症の人の家族 ( ) 人

地域住民 ( ) 人 スタッフ以外の専門職 ( ) 人

その他 ( ) 人

**(利用者負担金)** ※飲食を提供する場合のみ記載。

有 ⇒ 定額 (1人1回 円) 定額 (1組1回 円)

無

**(茶菓等の提供)** ※飲食を提供する場合のみ記載。

①提供方法

缶、ペットボトル等の飲み物、菓子等の食品は市販品をそのまま提供

市販品や原材料を調理又は加工して提供

②甲府市健康支援センター（甲府市保健所）での食品営業許可に関する手続等

相談済み（手続不要）

相談済み（手続済み） ⇒ 許可書の写しを添付してください。

相談していないが今後相談予定

**(事業内容)** ※実施方法、実施内容等について詳しく記載してください。

①認知症の方やその家族などが気軽に集える場所を提供するための具体策

(例：認知症カフェ実施日以外でも利用してもらえるようにいつでも開所する予定 など)

②利用者相互の交流や情報交換のための具体策

(例：認知症の方も交えて皆で料理を作るなどの共同作業を行う など)

③地域との交流を図るための具体策

(例：認知症カフェ実施地域の自治会長と連携を図り、近隣住民にきてもらえるよう投げかける など)

④認知症の方やその家族などが自ら楽しめるようにするための具体策

(例：認知症の方や家族などの意見や声を聞き、事業を展開していく など)

⑤認知症カフェの周知方法

(例：独自のチラシを作成し、近隣に配る など)

⑥利用者の相談に対して適切な支援を行うための具体策

(例：相談内容を職員間で振り返る時間をとる など)

⑦職員が認知症に対する正しい理解を深めるための具体策

(例：認知症関係の研修を受講する など)

⑧傷害保険への加入について

加入している傷害保険にて対応可能 ※保険証の写しを添付してください。

今後加入予定 ※今後、選定されたら速やかに保険証の写しを提出してください。

⑨その他 ※事業内容について何かあれば記載してください。

(アピールポイント) ※活動の特徴、独自性、強みなど、自由に記載してください。