

第5号様式（第15条関係）

年 月 日

品川区長様

団体・事業者名称：

（事業所名称： ）

住所・所在地：

代表者職・氏名：

令和 7 年度品川区認知症カフェ助成金交付申請書

品川区認知症カフェ助成金について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1. 認知症カフェの名称 「 」
2. 認知症カフェの種類 ☐ 一般型認知症カフェ ☐ 医療機関連携型認知症カフェ
3. 開催頻度
☐ 1月につき1回 ☐ 1月につき2回または3回 ☐ 1月につき4回以上
4. 交付申請額 金 円
5. 関係書類
収支計算書
6. 連絡先等
 - (1) 担当者職・氏名
 - (2) 連絡電話番号
 - (3) Fax番号
 - (4) Eメールアドレス

収 支 計 算 書

【収入】

費用項目	金額（円）	内訳
①合計		

【支出】

助成対象費用		
費用項目	金額（円）	内訳
報償費（講師、ボランティア等への謝礼）		
需用費（物品等）		
役務費（保険料、切手代）		
使用料及び賃借料（会場使用料、機材の使用料等）		
交通費（講師、ボランティア等）		
②小計		

【交付申請額】

助成対象費用 （②-①）	交付申請額（助成上限額と左記助成対象費用を比較し、少ない方の額）

第10号様式（第18条関係）

年 月 日

品川区長様

団体・事業者名称：

（事業所名称： ）

住所・所在地：

代表者職・氏名：

令和 7 年度品川区認知症カフェ実績報告書

付品福地収第 号にて交付決定を受けた品川区認知症カフェ
助成金にかかる事業について、下記のとおり完了したので、実績を報告します。

記

1. 認知症カフェの名称 「 」
2. 認知症カフェの種類 ☐ 一般型認知症カフェ ☐ 医療機関連携型認知症カフェ
3. 関係書類
 - (1) 実施状況報告書
 - (2) 収支報告書
 - (3) 領収書
 - (4) その他 （ ）
4. 連絡先等
 - (1) 担当者職・氏名
 - (2) 連絡電話番号
 - (3) Fax番号
 - (4) Eメールアドレス

認知症カフェ実施状況報告書

年 月 日

[illegible]

13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

記載欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。

収 支 報 告 書

【収入】

費用項目	金額（円）	内訳
①合計		

【支出】

助成対象費用		
費用項目	金額（円）	内訳
報償費（講師、ボランティア等への謝礼）		
需用費（物品等）		
役務費（保険料、切手代）		
使用料及び賃借料（会場使用料、機材の使用料等）		
交通費（講師、ボランティア等）		
②小計		

【交付申請額】

助成対象費用 ②-①	交付申請額（助成上限額と左記助成対象費用を比較し、少ない方の額）

支 払 計 算 書
(費)

支払内訳

[illegible]

備考

支 払 計 算 書

※ここに領収書を添付してください。

カフェ名： (費)
(枚／ 枚中)

認知症カフェ【

】実施計画書

▼現在の活動状況について、お知らせください。

☐ 活動している

☐ 休止している（再開時期目安

）

No.	実施年月日	実施時間	実施場所	実施内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				