

## 【様式3】

## 認知症カフェ事業実施業務計画書

事業名	認知症カフェ事業実施業務	
事業内容	認知症カフェ	
下記の□いずれかにチェックをしてください		
<input type="checkbox"/> 認知症カフェ 希望ブロック⇒【ブロック】認知症の人の活躍の取組なし		
<input type="checkbox"/> 認知症カフェ 希望ブロック⇒【ブロック】認知症の人の活躍の取組あり		
□若年性認知症カフェ		
(法人・団体名)		
(カフェの名称)		
(実施場所)		
連絡先	所在地	〒一 大津市
	電話番号	FAX番号
(施設等であればその名称：)		
活動拠点の広さ m <sup>2</sup>		
拠点内で同時に活動できる人数 人		
(開催日程・時間)		
毎月	第曜日	時 分 ~ 時 分
(運営スタッフ) 該当する項目に□を付け、必要な事項を記入してください。		
常時配置するスタッフの人数 ( ) 名		
うち、専門職の人数 ( ) 名 ※ボランティアとして参加する者を除く。		
専門職で運営に当たる予定がある者の職種		
<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士		
<input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員		
<input type="checkbox"/> 認知症キャラバン・メイト <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ボランティアとして参加		
<input type="checkbox"/> 認知症サポーター <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【様式3】

(具体的な取組内容)

事業実施により目指す効果

上記を達成するにあたって、認知症カフェ内で実施する取組案

認知症カフェの周知方法と認知症の人やその家族・地域住民に多く集まってもらうための具体的な方法

認知症カフェへの参加者への安全対策の取組について

(※希望する事業者のみ) 認知症の人の活躍に向けた取組案

【様式3】

その他 ※審査事項ではありません

(カフェ運営の責任者の役職・氏名、連絡先)

役職：

氏名：

連絡先 所在地 〒 — 市

電話番号 FAX 番号

E-mail

(参加者数の見込み)

令和7年度受託事業者については、実績人数をベースに見込み数を記入してください。

新規参入事業者については、目標人数を記入してください。

1回当たり ( ) 名程度

内訳 認知症の人 ( ) 名 認知症の人の家族 ( ) 名  
地域住民 ( ) 名 スタッフ以外の専門職 ( ) 名  
その他 ( ) 名

(参加費)

有( 円／1回・飲食費等の実費)  無

(送迎)

有( )

※有の場合、送迎方法（例：事業所の送迎車両にて直接、希望者の自宅まで送迎）を記入して下さい

無

(認知症の人の活躍に向けた取組)

実施する

実施しない

## 【様式3】

## 年間計画書

実施日時	第回月日( )時分～時分
実施内容 <u>(各月ごとに</u> <u>具体的に記入)</u>	

※ 行が足りない等場合は適宜追加してください。

※ 必要に応じて様式の変更は可能です。