

令和7年度
佐倉市認知症地域支援・
ケア向上事業推進補助金の手引き



佐倉市役所

福祉部 高齢者福祉課

令和7年度 佐倉市認知症地域支援・ ケア向上事業推進補助金の手引き 目次

はじめに	・・・1
1 認知症地域支援・ケア向上事業推進活動費の補助	・・・2
佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金【手続きの流れ】	
（1）申請	・・・3
①補助金の趣旨	・・・3
②認知症の人の家族に対する支援活動とは	・・・3
③認知症の人の社会参加支援活動とは	・・・3
④補助対象となる活動	・・・3
⑤補助対象となる活動団体	・・・4
⑥補助対象経費・補助対象外経費と支出条件	・・・5
⑦補助金の額	・・・6
⑧補助対象となる期間	・・・6
⑨申請方法及び窓口受付	・・・7
⑩申請受付期間	・・・7
（2）審査・決定	・・・8
（3）請求・交付	・・・8
（4）補助金使用時の注意事項	・・・8
（5）活動の実施	・・・9
（6）実績報告・確定	・・・9
2 認知症地域支援推進員との連携	・・・11
様式集	・・・12
様式記入例	・・・24

はじめに

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和6年1月1日に施行されました。

この法律は、社会における急速な高齢化の進展に伴う認知症の人の増加をふまえ、「認知症の人が尊厳を保ちながら社会の一員として尊重される社会」の実現を図ることを目的としています。

そのためのさまざまな施策や支援が、認知症の人の立場に立ち、認知症の人及びその家族の意向を尊重・配慮して行われること、認知症の人が地域において尊厳を保ちながら他の人々と共生できる社会をつくること、基本理念として掲げられています。

佐倉市においても、認知症の人を含めた地域住民の一人ひとりがお互いを尊重し、支え合いながら、共生する地域づくりを推進するため、認知症の正しい理解の普及や、認知症の人・家族に寄り添う取り組みを行う団体に対して、佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金を交付します。

1 認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金 手続きの流れ

	時期	佐倉市	申請者（補助対象団体）	備考
申請	5月12日～ 12月26日	申請書の配布 (窓口、ホームページ)		
			申請書等の提出 申請書（様式第1号）、団体概要書、事業計画書、収支予算書、見積書ほか	団体→市 持参のみ <u>(提出書類の事前確認もできます)</u>
審査・決定	申請書等の提出後、 約2週間	申請書類の審査		市
		決定 補助金交付決定通知書 (様式第2号)の郵送		市→団体 (郵送)
請求・交付	交付決定後 すみやかに		補助金の請求 補助金交付請求書（様式第3号）の提出	団体→市 郵送可
	請求書の提出後、30日以内	補助金の交付 (概算支払い) 指定の口座に振り込み		市→団体
活動の実施	活動開始日 ～令和8年 3月31日		補助対象活動の実施 活動計画の変更がある場合は、「補助事業変更申請書 様式第4号」の提出が必要	団体
実績報告・確定	補助事業の完了後 <u>30日以内</u>		実績の報告 実績報告書（様式第5号）、事業報告書、活動日誌(※)、収支決算書、領収書等	団体→市 持参のみ <u>(提出書類の事前確認もできます)</u>
	実績報告後 順次	補助金確定の通知		市→団体

※実績報告に添付する「活動日誌」は、認知症の人と家族に対する支援活動を実施した場合のみ、活動日ごとに記入し、他の書類と併せて提出してください。

(1) 申請

①補助金の趣旨

この補助金は、認知症の人を含めた地域住民の一人ひとりがお互いを尊重し、支え合いながら、共生する地域づくりを推進するために、認知症の人と家族に対する支援活動、または認知症の人の社会参加支援活動を行う団体に対して、その活動を支援するものです。

②認知症の人と家族に対する支援活動とは

認知症カフェの運営又は介護者向けサロン等の開催により、認知症の人と地域とのつながりを作り継続を支える活動や、家族の介護負担の軽減を図る活動です。

③認知症の人の社会参加支援活動とは

認知症高齢者や若年性認知症の人が、地域のなかで自分の個性や能力を十分に発揮するとともに、意思決定が尊重され、役割や生きがいをもって暮らすことができるよう、社会参加を支援するための活動です。

④補助対象となる活動

この補助金の交付対象となる活動の取り組み内容と活動実施時の条件は、次のア及びイのとおりです。

ア 活動の取り組み内容

認知症の人を含めた地域住民が、お互いを尊重しながら共生する地域づくりを推進することを目的とする、a または b の活動とします。

a 認知症の人と家族に対する支援活動	市が適当と認める専門職（看護師、社会福祉士、介護支援専門員等認知症に対応できる資格を有する者）による相談体制を備えた認知症カフェまたは介護者向けのサロン活動であり、おおむね2か月に1回以上行っている、または行う予定であること。
b 認知症の人の社会参加を支援する活動	<p>認知症高齢者や若年性認知症の人が経験や能力を活かすことができるイベントやミーティング等の開催であり、市が適当と認める専門職（看護師、社会福祉士、介護支援専門員等認知症に対応できる資格を有する者）による支援がなされていること。</p> <p>また、認知症の当事者が企画段階から参画していること。</p> <p>活動例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人の当事者ミーティング ・ R U N 伴（ランとも）等のイベントの企画、主催 ・ 認知症の理解を深めるための講演会、勉強会 ・ 認知症の人が参画するマルシェ、農作業やガーデニング、商品の販売、食堂の運営 など

イ 活動の実施時の条件

認知症地域支援推進員（11 ページ参照）と連携を図ること。

⑤補助対象となる活動団体

この補助金の交付対象となる団体は、以下の a、b のいずれか、または両方に該当する活動を行うことが条件です。ただし、営利活動、宗教活動及び政治活動を目的とするものを除きます。

a	認知症の人と家族に対する支援活動
b	認知症の人の社会参加を支援する活動

⑥補助対象経費・補助対象外経費と支出条件

ア 補助対象経費

対象となる経費	内 容
報償費（謝礼金）	研修実施等にかかる外部講師への謝礼金等
需用費	活動に必要な事務用品等の消耗品、チラシ・ポスター等の印刷代、コピー代、消毒用アルコール等
役務費	郵送料・切手代、保険料、手数料等 ※1
使用料及び賃借料	会場等の使用料、機材・機器等の賃借料等が必要な場合に限る。 ※2
備品購入	定期的に行う活動において、継続して、かつ原則として毎回使用する教材や器具等の購入費 ※3

※1 保険料は、申請時に金額の根拠となる資料（見積書等）が必要です。

※2 会場使用料や物品の賃借料が発生する場合は、申請時に金額の根拠となる資料（会場の利用規約など）が必要です。

※3 備品購入に関する注意事項

① 申請時に、購入価格等がわかる資料（見積書等）が必要です。

② 補助金を受けて購入した機材、機器等の備品については、次年度以降も耐用年数まで適正に管理するとともに活用することとします。

③ 購入した機材、機器等は、補助金交付の目的に反して使用、譲渡、交換等を行うことはできません。

①～③に反した場合には、補助金の返還を求める場合があります。

イ 補助対象外となる経費

以下の a～g に該当する費用は、補助対象外とします。

a 活動団体の構成員に対する謝金（例：内部講師への謝礼金）

b 活動団体の構成員に対する交通費（例：会場までのバス代・ガソリン代）

b 参加者や講師への土産代・記念品代（例：参加賞）

c 飲食物に係る費用（例：茶菓代・弁当代・水分補給用の水）

e 集会所等の備品及び修繕に係る費用

（例：会場に備え付けの家具やカーテンの購入、床の張替え）

- f 個人への金銭給付又は個人負担を直接的に軽減する費用
(例：社会参加活動に対しての本人への報酬、参加料の負担)
- g 特定の参加者または個人が所有することとなる器具及び材料に係る費用
(例：個人所有の楽器・AV 機器やその部品、ユニフォーム、衛生用マスク)
- h 他の制度による助成金、補助金等を受けている経費

ウ 支出条件

以下の a～c 全てに該当することが条件となります。

- a 令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日までの間に支出が完了するもの。
- b 他の制度による助成金、補助金等を受けている経費でないもの。
- c 実績報告時に、領収書により金額の根拠を示すことができるもの。

⑦補助金の額

補助金の額は、補助事業に要する経費の合計額から利用者負担金とその他収入額を控除した額とし、該当年度の予算の範囲で交付します。(1 件あたりの上限 10 万円)

⑧補助対象となる活動期間

令和 7 年 4 月 1 日以降で活動を開始した日から令和 8 年 3 月 31 日まで。

⑨申請方法及び受付窓口

提出は持参のみとします。電話で予約のうえ、以下の必要書類と代表者の印鑑を持参し、申請してください。審査をしながら活動の内容等を確認します。(郵送、FAX、メール等での提出は不可とします) なお、メールによる提出書類の事前確認を行っていますので、提出時の時間短縮のため、ぜひ積極的にご利用ください。

【申請時に必要な書類】

書類		備考
提出必須	補助金交付申請書（様式1号）	
	団体概要書（参考様式1）	
	事業計画書（参考様式2・別紙）	活動の内容により、aまたはbのいずれかを選択
	収支予算書（参考様式3）	
	見積書	保険料、備品購入がある場合のみ
任意	会場の利用料、物品の賃借料が分かる書類	会場使用料、物品の賃借が発生する場合のみ
任意	活動内容が分かるような参考資料	活動案内のためのパンフレット等

注1) 申請書類は、市のホームページからダウンロードできます。

注2) 消せるボールペンや鉛筆は使用しないでください。

注3) 訂正する際は、訂正箇所を二重線で取り消し、その上に訂正印を押すか署名（氏名）をしてください。修正テープ等は使用しないこと。

⑩申請受付期間

受付期間：令和7年5月12日（月）から同年12月26日（金）まで

受付時間：平日のみ 午前9時～午後4時まで（12月26日は正午まで）

※申請には1時間程度お時間がかかります。

【受付窓口・お問い合わせ】

佐倉市役所

高齢者福祉課 包括ケア推進班

電話 043-484-6343



(2) 審査・決定

① 審査

- ・提出いただいた申請書、添付書類について市が内容を審査し、補助金交付の可否、補助金額を決定します。
- ・申請した補助金額すべてが、交付金額とならない場合があります。
- ・申請書の内容等について、市（高齢者福祉課）から照会する場合がありますので、提出した書類等の写しを必ずお手元に保管してください。

② 決定

申請から約 2 週間後に補助金交付決定通知書（様式第 2 号）を申請者に送付します。

(3) 請求・交付

① 請求

補助金の交付が決定した団体宛に、補助金交付決定通知書と併せて、補助金交付請求書（様式第 3 号）、口座振込依頼書を送付しますので、必要事項をご記入のうえ、交付決定通知書が届いてから原則 2 週間以内に、請求書を市(高齢者福祉課)に提出してください（郵送可）。

② 交付

補助金は、請求のあった日から 30 日以内に、市から指定口座へ振り込みます。

注 1) 補助金は全額、口座振込となります。

注 2) 振込先口座の名義は、「団体名+代表者名」または「代表者名」のいずれかに限りますので、予めご了承ください。

注 3) 補助事業等の変更がある場合は、補助事業変更申請書（様式第 4 号）を提出する必要があります。

(4) 補助金使用時の注意事項

- ① 補助金を使って物品等の購入や保険料の支払いなどをするときには、**領収書を必ず発行してもらってください。**実績報告時に、**領収書の原本を提出いただきます。**
- ② 領収書は、**(6) 実績報告・確定**にある**領収書の必要項目を必ず守ってください。**
- ③ 使用実績額が補助額より低い場合（補助金が余った場合）は、返金となります。
- ④ **当初の計画外に必要な物品が生じた場合は、購入前に市（高齢者福祉課）に相談してください。**内容によっては、別途手続きが必要になります。

(5) 活動の実施

この補助金を受けて活動を実施する際には、以下の点にご注意ください。

- ① 補助事業で作成する広報物等には、必ず「令和7年度佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金交付事業」である旨を明記してください。
- ② 参加者の体調管理、怪我に十分配慮し、緊急時の連絡先を把握しておいてください。大勢の人が参加する催しや、移動や運動を伴う活動の際は、主催団体内に救護担当者を配置するよう心掛けてください。
- ③ 参加者の安全を第一とし、気象警報（大雨・大雪・暴風など）や高温注意情報、大規模災害が発生したなどの場合、感染症等の蔓延等の場合は中止又は延期してください。
- ④ 代表者の交代や活動中止等の場合は、市(高齢者福祉課)までご連絡ください。
- ⑤ 活動日ごとに活動報告書を記録し、実績報告時にまとめて提出してください。

(6) 実績報告・確定

① 実績報告

補助事業等が完了してから30日以内（最終期日は申請した年度の3月31日まで）に、以下の書類を提出してください。

書類	備考
補助金実績報告書（様式第5号）	
提出必須 事業報告書（参考様式4）	活動の内容により、aまたはbのいずれかを選択
活動報告書（参考様式5）	活動が複数回ある場合のみ
収支決算書（参考様式6）	
補助事業に要する経費を支払ったことが確認できる書類	（領収書の原本※1）
任意 活動内容が分かるような参考資料	パンフレット等

※ 1 領収書の必要項目は、以下のとおりとします。

	項目	注意点
①	日付	当該年度の4月1日から3月31日までの日付であること
②	宛名	<u>申請時と同じ正式な団体名</u> が記載されていること (略称での表記は不可)
③	金額	訂正不可
④	内訳	金額の明細がわかるものであること (「〇〇一式」や内訳の記載がないものは不可)
⑤	発行者の氏名・名称	代金を受領した者の氏名(名称)・住所が記載されていること(印刷やスタンプでも可) 講師謝礼の領収書の場合は、講師の資格や肩書が記載されていること

※領収書の必要項目を満たしていない場合は、補助金の対象になりません。

②確定

提出された書類により補助金の額を確定し、補助金確定通知(様式第6号)をお送りします。

使用実績額が補助額より低い場合(補助金が余った場合)は、返金となります。納付書を送りますので、口座振込にて返金してください。

2 認知症地域支援推進員との連携

認知症地域支援推進員が、補助対象事業の企画、調整等の相談に応じます。認知症の人の希望や意思を引き出しながら事業への参画（**企画段階から関与すること**）を促したり、家族の負担や不安を軽減するために、認知症地域支援推進員と連携を図りながら活動をすすめてください。

（1）認知症地域支援推進員とは

認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができるように、地域の実情に応じて地域の支援機関との連携づくりや、認知症カフェ、社会参加活動などの地域支援体制づくり、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を実施する専門職です。

佐倉市では、認知症地域支援推進員を各地域包括支援センターに配置しています。

（2）佐倉市の地域包括支援センター

志津北部地域包括支援センター	☎462-9531	西ユーカリが丘6丁目12-3 イオンタウンユーカリが丘 東街区1階
志津南部地域包括支援センター	☎460-7700	上志津1672-7 志津市民プラザ 1階
臼井・千代田 地域包括支援センター	☎488-3731	王子台1丁目23 レイクピアウスイ3階
佐倉地域包括支援センター	☎488-5151	宮前3丁目12-1
南部地域包括支援センター	☎483-5520	大篠塚1587 南部地域福祉センターB棟1階

様式集

補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第 3 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

補助年度		令和 7 年度
補助を申請 する事業の 概要等	名 称	
	目的・内容	
	目標とする 活動値	
	目標とする 成果	
経費所要総額		円
交付申請額		円
着手及び完了予定 年月日		着 手 年 月 日 年 月 日 完 了 予 定 年 月 日 年 月 日
添付書類		1 団体概要書 2 事業計画書 3 収支予算書 4 見積書（保険料又は備品購入がある場合） 5 会場規約等利用料金がかかる書類（会場使用料がある場合） 6 定款、規則、会則等またはそれに準ずる物 7 その他市長が必要と認めるもの

団体概要書

参考様式 1

令和 年 月 日

団体	ふりがな	
	名称	
	住所	〒
代表者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	連絡先	
設立（活動開始）時期		年 月
団体の活動目的、活動内容		
認知症の啓発や、認知症の人・家族に対する支援、認知症の人の社会参加支援に関する活動実績		
連絡担当者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	連絡先	

令和7年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

令和 年 月 日

ふりがな			
団体名			
ふりがな			
事業の名称			
開催場所 最寄り駅・駐車場等			
事業の目的			
認知症の相談対応			
参加費用等			
周知方法			
認知症地域支援推進 員との連携			
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
	認知症地域支援推進員		チームオレンジ メンバー

令和7年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

事業名 _____ 要件：おおむね2か月に1回以上の開催

月日	時間	内 容

必要な枚数をコピーしてご使用ください

令和7年度 事業計画書（認知症の人の社会参加支援活動）

令和 年 月 日

ふりがな			
団体名			
ふりがな			
事業の名称			
事業の開催日時	年	月	日 () : ~ :
開催場所 最寄り駅・駐車場等			
事業の目的			
本人参画の目的、 役割			
認知症の相談対応			
参加費用等			
周知方法			
認知症地域支援推進 員との連携			
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
	認知症地域支援推進員		チームオレンジ メンバー

令和7年度 収支予算書

参考様式 3

【収入の部】

単位：円

科 目	内 容（内訳）	金 額	備 考
市補助金		円	
その他		円	
合計		円	

【支出の部】

単位：円

科 目	内 容（内訳）	金 額	備 考
報償費		円	
需用費		円	
役務費		円	
使用料及び賃借料		円	
備品購入		円	
合計		円	

注 1) 支出の部には 当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

注 2) 役務費に関する注意事項

保険に加入する場合には、申請時に金額の根拠となる資料（見積書）を提出していただきます。

注 3) 使用料及び賃借料に関する注意事項

会場使用料が発生する場合は、申請時に金額の根拠となる資料（会場の利用規約）を添付してください。

注 4) 備品購入に関する注意事項

申請時に購入価格等が分かる資料（見積書等）を提出していただきます。

補助金実績報告書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

年 月 日付け第 号 で交付の決定を受けた補助事業等を完了したので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第13条の規定により、次のとおり報告します。

補助年度	令和7年度	
補助金等の名称	佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金	
補助事業等の概要	名称	
	活動値	
	成果	
経費所要総額	円	
通知を受けた交付決定額	円	
既に交付を受けた額	円	
着手及び完了年月日	着手年月日	年 月 日
	完了年月日	年 月 日
添付書類	1 事業報告書 2 収支決算書 3 補助事業に要する経費を支払ったことが確認できる書類（領収書等） 4 その他市長が必要と認めるもの	

令和7年度 事業報告書（認知症の人と家族に対する支援活動）

年 月 日

事業の名称							
事業の場所							
活動回数	回						
延べ参加者数	認知症の当事者	男性	人	女性	人	① 計	人
	家族	②		人			
	一般	③		人			
	ボランティア	④		人（チームオレンジ除く）			
	チームオレンジ	⑤		人			
	合計	①+②+③+④+⑤				人	
事業の成果 （目的に対する 達成度、課題）							
認知症地域支援推 進員との連携内容							
当事者の参画内容 と意見、成果等							
認知症の相談対 応数（延べ）	認知症の当事者	人					
	家族	人					
	その他	人					
	合計	人					

令和7年度 事業報告書（認知症の人の社会参加支援活動）

令和 年 月 日

事業の名称				
事業の場所				
活動回数 ※打合せ等の回数を含む	回（打合せ 回、当日 回）			
参加者延べ数 ※チームオレンジ メンバー除く	認知症の 当事者	男性 人	女性 人	① 計 人
	家族	② 人		
	一般	③ 人		
	ボランティア	④ 人		
	合計	①+②+③+④ 人		
従事者延べ数 ※ボランティア除 く	認知症の 当事者	男性 人	女性 人	計 人
	スタッフ：	人		
	チームオレンジ：	人		
	講師（肩書、氏名等）：			
実施内容				
本人の参画内容 （役割、活動内容 等）と意見、成果 等				
認知症の相談対応 数（延べ）	認知症の 当事者	人		
	家族	人		
	その他	人		
	合計	人		

令和7年度 活動報告書 ※活動実施日ごとに記入してください

事業の名称							
日時	令和 年 月 日 () : ~ :						
場所							
参加者延べ数 ※チームオレンジ メンバー除く	認知症の 当事者	男性	人	女性	人	① 計	人
	家族	② 人					
	一般	③ 人					
	ボランティア	④ 人					
	合計	①+②+③+④ 人					
スタッフ・講師 ※ボランティア除 く	スタッフ： 人 チームオレンジ： 人 講師（肩書、氏名等）：						
活動内容							
本人の参画内容 （役割、活動内容 等）							
相談対応	認知症の 当事者	人	家族	人	その他	人	
	相談内容						
	相談対応者						

※活動回数に合わせて必要な数をコピーしてご使用ください。

令和7年度 収支決算書

参考様式 6

収入の部

単位：円

科 目	内 容（内訳）	金 額	備 考
市補助金		円	
その他		円	
合 計		円	

支出の部

単位：円

科 目	内 容（内訳）	金 額	備 考
報償費		円	
需用費		円	
役務費		円	
使用料及び 賃借料		円	
備品購入		円	
合 計		円	

- 注1) 支出の部には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。
- 注2) 領収書も一緒にご提出ください。
- 注3) 報償費（謝礼金）については、講師等の氏名、住所、資格、支払額等が記載された領収書を提出してください。

様式記入例

補助金交付申請書

令和 7 年 △△ 月 △△ 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者 佐倉市△△町△丁目△一△

氏名（団体名及び代表者名）

社会福祉法人 ○○会

理事長 佐倉 太郎

佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第 3 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

補助年度		令和 7 年度
補助を申請する事業の概要等	名 称	あおぞらカフェ（認知症カフェ）
	目的・内容	認知症の人とその家族が安心して過ごせる場所を提供する 認知症の人の家族の相談を受ける
	目標とする活動値	認知症の人とその家族の利用が毎回 10 名
	目標とする成果	認知症本人のさまざまな不安や、家族の介護負担が軽減できる
経費所要総額		54,080 円
交付申請額		54,080 円
着手及び完了予定年月日		着 手 年 月 日 △△年 △△月 △△日 完了予定年月日 △△年 △△月 △△日
添付書類	1 団体概要書 2 事業計画書 3 収支予算書 4 見積書（保険料又は備品購入がある場合） 5 会場規約等利用料金がかかる書類（会場使用料がある場合） 6 定款、規則、会則等またはそれに準ずる物 7 その他市長が必要と認めるもの	

団体概要書

令和7年 △月 △△日

団体	ふりがな	しゃかいふくしほうじん ○○かい
	名称	社会福祉法人 ○○会
	住所	〒△△△-△△△△ 佐倉市 △△町 △丁目一△
代表者	ふりがな	りじちょう さくら たろう
	氏名	理事長 佐倉 太郎
	住所	〒△△△-△△△△ 佐倉市△△町 △丁目一△
	連絡先	043-△△△-△△△△
設立（活動開始）時期	20△△年 △月 △△日	
団体の活動目的、 活動内容	介護事業 通所介護、訪問介護、グループホーム サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームの運営	
認知症の啓発や、認知症の人、家族に対する支援、認知症の人の社会参加支援に関する活動実績	地域の医療・介護関係者と認知症に関する勉強会を毎年実施している。 地域の住民に対して認知症のミニ講座を開催している。	
連絡担当者	ふりがな	うすい はなこ
	氏名	臼井 花子
	住所	〒△△△-△△△△ 佐倉市 △△町 △丁目一△
	連絡先	043-△△△-△△△△

令和7年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

令和7年 △月 △△日

ふりがな	しゃかいふくしほうじん ○○かい		
団体名	社会福祉法人 ○○会		
ふりがな	あおぞらカフェ		
事業の名称	あおぞらカフェ（認知症カフェ）		
開催場所 最寄り駅・駐車場等	佐倉市 △△町 △丁目ー△ ○○会デイサービスセンター内 多目的室 ○○駅徒歩15分 駐車場10台		
事業の目的	認知症の人が安心して気兼ねなく過ごせる場所を提供します。 また認知症の人の家族が同じ立場の人と交流でき、認知症についての相談ができることで、認知症の人もその家族も住み慣れた場所で安心して生活を続けられるよう支援します。		
認知症の相談対応	認知症の介護相談の経験が豊富なスタッフを配置しており、認知症の本人の思いや、家族の思いに寄り添います。 相談内容によっては関係機関への橋渡しを行います。		
参加費用等	1回につき200円/1人（お茶・お菓子代として）		
周知方法	地域の自治会館にカフェのチラシを配布する。 当法人内のホームページに掲載する。 認知症地域支援推進員と協力して個別にも周知する。		
認知症地域支援推進員との連携	カフェの開設、運営やイベントの内容については、認知症地域支援推進員に随時相談し、情報提供をいただきながら実施します。 また周知活動についても認知症地域支援推進員と協力して進めます。		
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
草ぶえ 丘美	社会福祉士	志津 よし子	介護支援専門員
臼井 花子	看護師		
△△地域包括支援センター 根郷 さくら	認知症地域支援推進員	和田 一郎、 弥富 みどり	チームオレンジ メンバー

令和7年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

事業名 **あおぞらカフェ** 要件：おおむね2か月に1回以上の開催

月日	時間	内 容
令和7年 9月2日 (火) ※奇数月の 第1火曜日に 開催	14:00~14:30 14:30~15:00 15:00~15:30 15:30~16:00	お茶を飲んで一息・交流の時間 健康体操（チームオレンジのメンバーによる） ミニ講座（認知症と健康管理について） 交流・個別相談 ・毎回の利用人数10人程度（利用者、主催者、お手伝いボランティア含む）
11月4日	14:00~16:00	同上 ミニ講座：認知症と運動について
令和8年 1月6日	14:00~16:00	同上 イベント：新春ミニコンサート (参加者全員で簡単な楽器を演奏)
3月3日	14:00~16:00	同上 レクリエーション・創作活動

必要な枚数をコピーしてご使用ください

令和7年度 事業計画書（認知症の人の社会参加支援活動）

令和 年 月 日

ふりがな	しゃかいふくしほうじん ○○かい		
団体名	社会福祉法人 ○○会		
ふりがな	あおぞらのんびりウォーキング		
事業の名称	青空♪のんびりウォーキング		
事業の開催日時	令和7年10月7日（火）		
開催場所 最寄り駅・駐車場等	佐倉市 △△町△丁目△△△ 佐倉△△△公園 さくらの広場 ○○駅徒歩10分 駐車場 約100台		
事業の目的	認知症の人と家族、地域の一般住民と一緒にウォーキングを楽しみながら、認知症当事者や家族が気分転換を図れる。また一般住民が認知症の人への接し方を実体験を通して学ぶ機会となる。		
本人参画の目的、 役割	ウォーキングイベントの企画、当日のサポートなどを担っていただくことで、やりがいや達成感を得て、意欲的な生活を継続できます。ウォーキングのコース決めや持ち物の相談など、当事者の希望を企画に活かします。		
認知症の相談対応	認知症の介護相談の経験が豊富なスタッフを配置し、認知症の本人や家族の思いに寄り添います。必要に応じ関係機関へつなぎます。		
参加費用等	無料		
周知方法	認知症地域支援推進員、地域包括支援センターに協力を依頼し、包括にチラシを置かせてもらう。 当法人内のホームページに掲載し、デイの利用者にもチラシを配布する。		
認知症地域支援推進員との連携	イベントの内容と認知症当事者の役割について、認知症地域支援推進員に随時相談しながら実施します。 また周知活動についても認知症地域支援推進員と協力を頂き進めます。		
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
草ぶえ 丘美	社会福祉士	志津 よし子	介護支援専門員
臼井 花子	看護師		
△△地域包括支援センター 根郷 さくら	認知症地域支援推進員	和田 一郎、 弥富 みどり	チームオレンジ メンバー

令和7年度 収支予算書

参考様式 3

【収入の部】

単位：円

科 目	内 容 (内訳)	金 額	備 考
市補助金	佐倉市認知症地域支援・ケア向上 事業推進補助金	54,080 円	
その他		0 円	
合計		54,080 円	

【支出の部】

単位：円

科 目	内 容 (内訳)	金 額	備 考
報償費	講師謝礼 5,000 円×3 回	15,000 円	管理栄養士、音楽療法士、レク指導者
需用費	案内チラシコピー代 (200 枚)	2,000 円	場内装飾・創作活動 用
	配布資料コピー代 (400 枚)	4,000 円	
	収納ケース 1,000 円×3 個	3,000 円	
	模造紙、折り紙、粘着テープ、 ホワイトボードマーカー等	5,000 円	
	消毒用アルコール、ペーパー カップホルダー 20 個	2,600 円	
	インサートカップ 100 個入	600 円	
役務費	傷害保険 50 円×10 人×4 回	2,000 円	
使用料及び 賃借料			
備品購入	テーブルクロス (980 円×5 枚)	4,900 円	
	電気ポット 1 台	9,980 円	
合計		54,080 円	

注 1) 支出の部には 当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

注 2) 役務費に関する注意事項

保険に加入する場合には、申請時に金額の根拠となる資料（見積書）を提出していただきます。

注 3) 使用料及び賃借料に関する注意事項

会場使用料が発生する場合は、申請時に金額の根拠となる資料（会場の利用規約）を添付してください。

注 4) 備品購入に関する注意事項

申請時に購入価格等が分かる資料（見積書等）を提出していただきます。

補助金実績報告書

令和7年 △△月 △△日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者 佐倉市△△町△丁目△一△

氏名（団体名及び代表者名）

社会福祉法人 ○○会

理事長 佐倉 太郎

令和7年△△月△△日付け第△△△号で交付の決定を受けた補助事業等を完了したので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第13条の規定により、次のとおり報告します。

補助年度	令和7年度	
補助金等の名称	佐倉市認知症地域支援・ケア向上事業推進補助金	
補助事業等の概要	名称	あおぞらカフェ（認知症カフェ）
	活動値	認知症の人とその家族の利用が22人（延べ）
	成果	認知症の人が安心して気兼ねなく過ごせる場所を提供できた。また認知症の人の家族が同じ立場の人と交流ができた。
経費所要総額	52,309 円	
通知を受けた交付決定額	54,080 円	
既に交付を受けた額	54,080 円	
着手及び完了年月日	着手年月日	△△年 △△月 △△日
	完了年月日	△△年 △△月 △△日
添付書類	1 事業報告書 2 収支決算書 3 補助事業に要する経費を支払ったことが確認できる書類（領収書等） 4 その他市長が必要と認めるもの	

令和7年度 事業報告書（認知症の人と家族に対する支援活動）

令和7年 △△月 △△日

事業の名称	あおぞらカフェ（認知症カフェ）			
事業の場所	佐倉市 △△町 △丁目一△ 〇〇会デイサービスセンター内 多目的室			
活動回数	4回			
延べ参加者数	認知症の当事者	男性 4人	女性 7人	① 計 11人
	家族	② 12人		
	一般	③ 5人		
	ボランティア	④ 8人（チームオレンジ除く）		
	チームオレンジ	⑤ 8人		
	合計	①+②+③+④+⑤ 44人		
事業の成果 （目的に対する 達成度、課題）	認知症の人に対しては安心して気兼ねなく過ごせる場所の提供、また認知症の人の家族に対しては同じ立場の人と交流、認知症についての相談の機会を提供できたことで、認知症の人からは楽しみができた、との声が聞かれた。家族からも気軽に相談できるところができ、地域で暮らすうえでの不安が少なくなったとの感想をいただいた。			
認知症地域支援推進員との連携内容	カフェの開設にあたり、計画の時点から認知症地域支援推進員に相談しながら準備とPRを行った。内容についても随時相談しながら進めた。家族からの相談を受け、認知症地域支援推進員を通して包括や関係機関につなげることができた。			
当事者の参画内容 と意見、成果等	毎回メニュー聞きとお茶出しを手伝ってもらった。毎回のイベントは当事者にやりたいことなどを聞きながら内容を決定した。（ボウリング、コンサートの曲目、ちぎり絵のテーマ）昔得意だったことを披露したり、お茶出しで感謝やねぎらいの言葉をかけられたりして、生き生きと過ごされていた。少人数での開催となったことで、スタッフが目が届き良かった。			
認知症の相談対応数（延べ）	認知症の当事者	2人		
	家族	5人		
	その他	0人		
	合計	7人		

令和7年度 事業報告書（認知症の人の社会参加支援活動）

令和7年 △△月 △△日

事業の名称	青空♪のんびりウォーキング			
事業の場所	佐倉市 △△町△丁目△△△ 佐倉△△△公園 さくらの広場			
活動回数 ※打合せ等の回数を含む	4 回（打合せ3回、当日1回）			
参加者延べ数 ※チームオレンジ メンバー除く	認知症の当事者 （従事者除く）	男性 0 人	女性 1 人	① 計 1 人
	家族	② 4 人		
	一般	③ 6 人		
	ボランティア	④ 6 人		
	合計	①+②+③+④ 19 人		
従事者延べ数 ※ボランティア除く	認知症の当事者 （参加者除く）	男性 2 人	女性 2 人	計 4 人
	スタッフ：3人 チームオレンジ：2人 講師（肩書、氏名等）：なし			
実施内容	13時～13時30分 会場集合（さくらの広場 噴水前）、出欠席確認 13時30分～13時40分 代表あいさつ、運動上の注意（水分補給等） 13時40分～13時50分 準備運動（佐倉ふるさと体操、ラジオ体操第1） 13時45分～14時45分 みんなで公園内をウォーキング、交流、個別相談 （各自で適宜水分補給、休憩） 14時45分～15時 健康状態確認、代表あいさつ、解散			
本人の参画内容 （役割、活動内容 等）と本人からの 希望や意見、それ に対する対応等	ウォーキングイベントのタイトル、当日のコースを一緒に考えて決定した。当事者の1人から「膝痛があるので固い地面よりも土や芝の上を歩きたい」との話があり、公園の芝生の広場を中心に回るコースとした。参加者全員が無理なく話をしながら歩ける距離でちょうどよかった。また他の当事者から「迷子にならないように目印があると良い」と提案があり、当日おそろいのシール（色も当事者たちで決定）を腕に貼り、目印とした。イベント中は当事者と家族を別グループとし、当事者グループにはスタッフ2名とチームオレンジ2名が付き添った。各自のペースで、公園内の植物を眺めたりしながら、ウォーキングとおしゃべりを楽しむことができた。			
認知症の相談対応数（延べ）	認知症の当事者	2 人	家族	2 人
	その他	0 人	合計	4 人

令和7年度 活動報告書 ※活動実施日ごとに記入してください

事業の名称	あおぞらカフェ（認知症カフェ）				
日時	令和7年9月2日（火）14：00～16：00				
場所	佐倉市 △△町 △丁目一△ 〇〇会デイサービスセンター内 多目的室				
参加者延べ数 ※チームオレンジ メンバー除く	認知症の 当事者	男性 1 人	女性 2 人	① 計 3 人	
	家族	② 2 人			
	一般	③ 0 人			
	ボランティア	④ 2 人			
	合計	①+②+③+④ 7 人			
スタッフ・講師 ※ボランティア 除く	スタッフ：3人 チームオレンジ：2人 講師（肩書、氏名等）：△△ △△様（△△薬局 管理栄養士）				
活動内容	14時～14時30分 交流の時間（コーヒー・紅茶・緑茶とお菓子を提供） 14時30分～14時45分 体操（椅子でストレッチ体操、もも上げ体操） 14時45分～15時05分 ミニ講座（物忘れ予防と健康管理について） 15時05分～15時30分 次回の内容についてみんなで話し合い 15時30分～16時 交流、個別相談（希望者にお茶を提供）				
本人の参画内容（役 割、活動内容等）	交流の時間、女性の当事者2名にはお茶を入れていただいた。 次回の内容は「運動」をテーマに、3名の当事者を中心に好きなスポーツややりたいことなどを自由に話してもらったところ、男性当事者から昔ボウリングが得意だったと伺ったため、今回はみんなでペットボトルボウリングを行うこととなった。当事者の3名から意見を頂き、チーム対抗戦で1人2投ずつとルールを決めた。				
相談対応	認知症の 当事者	0 人	家族	1 人	その他 0 人
	相談内容	参加者のご家族からの相談。半年前に認知症の診断を受けてからずっと家に閉じこもっている。久しぶりに外出できて、本人も楽しそうに自分もほっとした。このような集まれる場所が他にもあったら教えてほしい。			
	相談対応者	草ぶえ 丘美 （△△地域包括支援センターと介護者のつどいを紹介）			

※活動回数に合わせて必要な数をコピーしてご使用ください。

令和 7 年度 収支決算書

参考様式 6

収入の部

単位：円

科 目	内 容 (内訳)	金 額	備 考
市補助金		54,080 円	
その他		-1,771 円	市に返還
合 計		52,309 円	

支出の部

単位：円

科 目	内 容 (内訳)	金 額	備 考
報償費	講師謝礼 5,000 円×3 回	15,000 円	管理栄養士、音楽療法士、 レク指導者
需用費	チラシコピー代 (200 枚)	2,000 円	カフェの PR 用 参加者配布用 場内装飾・創作活動用
	資料コピー代 (480 枚)	4,800 円	
	収納ケース 1,000 円×3 個	3,300 円	
	模造紙、折り紙、粘着テープ、マーカー等	3,817 円	
	消毒用アルコール、ペーパー	3,470 円	
役務費	カップホルダー 20 個	2,860 円	年間一括払
	使い捨てカップ 100 個入	660 円	
役務費	傷害保険	2,000 円	
	50 円×10 人×4 回 振込手数料 110 円×1 回	110 円	
使用料及び 賃借料			
備品購入	テーブルクロス 980 円×4 枚	4,312 円	
	電気ポット 1 台	9,980 円	
合 計		52,309 円	

注4) 支出の部には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

注5) 領収書も一緒にご提出ください。

注6) 報償費（謝礼金）については、講師等の氏名、住所、資格、支払額等が記載された領収書を提出してください。