**認知症カフェ運営**

**補助金交付事業**

**様式集**

( 1 ) 船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請書（第１号様式）

( 2 ) 船橋市認知症カフェ運営実施計画書（第２号様式）

( 3 ) 収支予算書（第３号様式）

( 4 ) 団体等概要書（第４号様式）

( 5 ) 船橋市認知症カフェ運営補助金可否決定通知書（第５号様式）

( 6 ) 船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請 事業変更承認申請書（第６号様式）

( 7 ) 船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請 事業変更決定通知書（第７号様式）

( 8 ) 船橋市認知症カフェ運営実績報告書（第８号様式）

( 9 ) 収支決算書（第９号様式）

(10) 実施状況を明らかにする資料（第１０号様式）

(11) 船橋市認知症カフェ運営補助金額の確定通知書（第１１号様式）

(12) 船橋市認知症カフェ運営補助金請求書（第１２号様式）

(13) 船橋市認知症カフェ運営補助金に係る消費税仕入控除税額報告書（第１３号様式）

(13) 市税納付確認書（市指定書式）

第１号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請書

年 　　月 　　日

船橋市長 あて

住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

連絡先（電話）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称及び代表者の氏名

令和　年度、船橋市認知症カフェ運営補助金の交付を受けることを希望するので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１ 事業の目的

２ 事業の内容

３ 事業の着手・完了予定年月日

　　　着手　　　年　　月　　日　　　　　　完了　　年　　月　　日

４ 交付を受けようとする補助金の申請額

５ 関係書類

(1)　船橋市認知症カフェ運営実施計画書（第２号様式）

　(2)　収支予算書（第３号様式）

　(3)　団体等概要書（第４号様式）

　(4) 組織の運営に関する定め（定款、規約、会則等）及び会員名簿（任意様式）

(5) 補助対象活動の内容及びその効果を説明する資料（任意様式）

６　消費税の適用に関する事項（該当するものに☑）

　(1)　補助金交付額の算定  
□消費税額を補助対象経費に含めないで補助金交付額を算定

　□消費税額を補助対象経費に含めて補助金交付額へ算定

　※確定申告により仕入税額控除した消費税に係る補助金相当額が確定後、「消費税仕入控除税額報告書」の提出が必要となります（返還額が０円の場合も含む）。

　(2)(1)で「消費税を補助対象経費に含めて補助金交付額を算定」を選択した理由

　□免税事業者である

　□簡易課税事業者である

　□消費税法別表第３に掲げる法人等であって特定収入割合が５％を超える

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**同意確認欄**

（１）又は（２）の要件を満たした認知症カフェを運営する団体又は組織（ 以下「団体等」という。）であり、かつ、（３）から（１０）に掲げる要件を全て満たす団体であること及び補助金の可否を決定するため、市職員が団体等に課せられた市税の収納状況等可否決定に必要な事項を確認することに同意するうえ、補助金を申請します。

(1) 市内に住所を有する又は事業所等を設置している社会福祉法人、医療法人等の法人格を有する団体等で、医療又は介護の活動実績があること。

(2) 市内に所在する地縁団体、ＮＰＯ法人又は市が認める団体等であること。

(3) 継続的な活動を行うことが見込まれる団体等であること。

(4) 宗教活動又は政治活動を主たる目的とした団体等でないこと。

(5) 特定の公職者（候補者を含む。）又は政党を推薦し、もしくは支持し、又はこれらに反対することを目的とした団体等でないこと。

(6) 暴力団又は暴力団もしくは暴力団員の統制下にある団体等でないこと。

(7) 団体等に課せられた市税を滞納していないこと。

(8) 同一の団体等で、この要綱に基づく補助金を受ける年度に他の認知症カフェ運営に係る補助金を受けていないこと。

(9)この要綱に基づく補助金を受けたことがない団体等であること。

(10) 船橋市認知症カフェへの登録を併せて行い、船橋市ホームページ等で活動について公表することを承諾すること。

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　船橋市認知症カフェ運営実施計画書　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　№.１

|  |  |
| --- | --- |
| カフェの名称 |  |
| 運営主体 |  |
| 事業内容 |  |
| 期間・時間 | 計　　　　　回 |
| 会　　　場 | 【建物名】  【住　所】　船橋市 |
| 運営スタッフ | 【スタッフ　計　　　名】  　運営員　　　　名　　　その他 名  　　うち資格を有しているスタッフの人数　　　名  ※医師（氏名）、看護師（氏名）、介護支援専門員（氏名）、  　　　その他（　　　　　　）（氏名） |
| 参加者へ配慮 | （例）交通の便・駐車場の有無 |
| カフェのPR  （１００文字程度） | （裏面もご覧ください。） |

船橋市認知症カフェ運営実施計画書

No２

|  |  |
| --- | --- |
| 間取り図 | ①建物全体の間取り図（カフェのフロア部分）  ②カフェを行う部屋の間取り図（②については部屋のサイズを記入） |

第３号様式

**収　支　予　算　書**令和　　年　　月　　日

カフェの名称

【支　出】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補　助　対  象　経　費 | 費目 | 支出内容  （単価、人数、個数等の積算根拠） | 金　　　額 |
| 消耗品及び原材料費 |  |  |
| 円 |
| 使用料 |  |  |
| 円 |
| 印刷製本費 |  |  |
| 円 |
| 通信費 |  |  |
| 円 |
| 保険料 |  |  |
| 円 |
| 報償費 |  |  |
| 円 |
| その他（ ） |  |  |
| 円 |
|  | 補　助　対　象　経　費　合　計 　　　　　 B | |  |
| 円 |
| 対  象  外  経費 | C | |  |
| 円 |
| 総事業費（補助対象経費B　＋　対象外経費C）　D | | | 円 |

【収　入】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 船橋市認知症カフェ運営補助金 | | 円 |  |
| ２ 団体自己資金 | | 円 |  |
| ３から６の小計 | ３ 参加料収入 | ＠ 　円×　　　人  　　　　　円 |  |
| ４ 本補助金以外の補助金 | 円 | ・  ・ |
| ５ 企業等の協賛金・寄付金 | 円 | ・  ・ |
| ６ その他（ ） | 円 |  |
|  | | 円 |  |
| A　　合　　　計 | | 円 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の積算額は（　税込額　　・　　税抜額　）である。

第４号様式

**団　体　等　概　要　書**

　　 　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 団　体　名 |  | | | | | | |
| 目的・活動  設立経緯 |  | | | | | | |
| 所在地等 | 〒 | | | | | | |
| TEL | | | FAX | | | |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ | | | Ｅ-mail | | | |
| 設　　　立 | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 所　　　管 |  | | | | | | |
| 加　盟　先 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 役　　　職 | |
| 代　表　者 |  | | | | |  | |
| 会　　　員 | 【会員　計　　　名】  正会員　　　　名 　 　準会員　　　名 　賛助会員　　　名  その他(一般参加)　　　　　名 | | | | | | |
| 年間事業 | 時　　期 | 事　　　業　　　名 | | | | | 参加人数 |
|  |  | | | | |  |
| 過去３年  年間予算 | 年  　　　　　　　円 | | 年  　　　　　　円 | | 年  　　　　　　円 | | |

第５号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金可否決定通知書

第　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

船橋市長　　　　㊞

年　　月　　日付けで申請のありました船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請について、船橋市認知症カフェ運営補助金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

1　カフェの名称

2　交付決定額　 　　　　　　 金　　　　 　　　円

3　内　　　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 金額（円） |
| 消耗品及び原材料費 |  |
|
| 使用料 |  |
|
| 印刷製本費 |  |
|
| 通信費 |  |
|
| 保険料 |  |
|
| 報償費 |  |
|
| その他（ ） |  |
|
| 合　計 |  |
|

4　交付条件

　申請時において当該補助金に係る消費税仕入控除税額が明らかでないものについては、補助金の額の確定において当該補助金に係る消費税仕入控除税額を減額すること。

第６号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請事業変更承認申請書

年 　　月 　　日

船橋市長 あて

住 所

氏 名

連絡先（電話）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称及び代表者の氏名

令和　　年度、船橋市認知症カフェ運営補助金の交付の決定のあった件について、下記の理由によりその内容を変更したいので、船橋市認知症カフェ運営補助金交付要綱第８条の規定により、申請します。

記

変更の理由・内容

(注) 事業内容を変更する場合は、変更前の内容と変更後の内容等が比較対照できるよう資料を添付すること。

第７号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請事業変更決定通知書

第　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

船橋市長　　　　㊞

年　　月　　日付けで申請のありました船橋市認知症カフェ運営補助金交付申請　事業変更承認申請について、船橋市認知症カフェ運営補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

1　カフェの名称

2　交付決定額　 　　　　　　 金　　　　 　　　円

3　内　　　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 金額（円） |
| 消耗品及び原材料費 |  |
|
| 使用料 |  |
|
| 印刷製本費 |  |
|
| 通信費 |  |
|
| 保険料 |  |
|
| 報償費 |  |
|
| その他（ ） |  |
|
| 合　計 |  |
|

4　その他

第８号様式

船橋市認知症カフェ運営実績報告書

年　　月　　日

船橋市長あて

住 所

氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称及び代表者の氏名

船橋市認知症カフェ運営補助金の対象となる活動を完了したので、下記のとおり関係書類を添えて報告いたします。

記

１ カフェの名称

２ 事業の着手・完了予定年月日

　　　着手　　　年　　月　　日　　　　　　完了　　　年　　月　　日

３ 交付決定を受けた補助金額

４ 関係書類

(1) 収支決算書（第９号様式）

(2) 補助事業の実施に係る領収書又はこれに代わるものの写し

(3) 実施状況を明らかにする資料（第１０号様式）

(4) 事業を実施した詳細が分かる資料（パンフレット、プログラム、ポスター、実施状況を写した写真等）

第９号様式

**収　支　決　算　書**令和　　年　　月　　日

カフェの名称

【支　出】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補　助　対  象　経　費 | 費目 | 支出内容  （単価、人数、個数等の積算根拠） | 金　　　額 |
| 消耗品及び原材料費 |  |  |
| 円 |
| 使用料 |  |  |
| 円 |
| 印刷製本費 |  |  |
| 円 |
| 通信費 |  |  |
| 円 |
| 保険料 |  |  |
| 円 |
| 報償費 |  |  |
| 円 |
| その他（ ） |  |  |
| 円 |
|  | 補　助　対　象　経　費　合　計 　　　　　 B | |  |
| 円 |
| 対  象  外  経費 | C | |  |
| 円 |
| 総事業費（補助対象経費B　＋　対象外経費C）　D | | | 円 |

【収　入】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 船橋市認知症カフェ運営補助金 | | 円 |  |
| ２ 団体自己資金 | | 円 |  |
| ３から６の小計 | ３ 参加料収入 | ＠ 　円×　　　人  　　　　　円 |  |
| ４ 本補助金以外の補助金 | 円 |  |
| ５ 企業等の協賛金・寄付金 | 円 |  |
| ６ その他（ ） | 円 |  |
|  | | 円 |  |
| A　合　　　計 | | 円 |  |

※領収書には、必ず番号を付し、費目と一致するようにしてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の積算額は（　税込額　　・　　税抜額　）である。

第１０号様式

　　　　　　　　　　　　　　実施状況を明らかにする資料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カフェの名称 |  | 運営主体 |  |
| 事業内容 |  | | |
| 期間・時間 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 月日 | 曜日 | 時間 | 会場 | 参加者数 | 参加者内訳 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 | | 月　　日 |  | ～ |  |  | 被介護者　　介護者　　地域住民　　専門職　　その他 |   　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 計　　　　　回 | | |
| 運営スタッフ | 【スタッフ　計　　　名】　　　　　運営員　　　　名　　　その他 名  　　　　　うち資格を有しているスタッフの人数　　　名  ※医師（氏名　　　　　）、看護師（氏名　　　　　）、介護支援専門員（氏名　　　　　）、その他（　　　　　　）（氏名　　　　　） | | |

その他、事業を実施した詳細が分かる資料（パンフレット、プログラム、ポスター、実施状況写真等）を添付してください。

第１１号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金額の確定通知書

第　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

船橋市長　　　　㊞

年　　月　　日付けで実績報告のありました船橋市認知症カフェ運営補助金について、船橋市認知症カフェ運営補助金交付要綱第１０条の規定により、下記のとおり確定したので通知します。

記

1　カフェの名称

2　交付決定額 　　　　　　　　　金　　　　　　　　　 円

3 概算払額　　　　　　　　　　 金 　　　　　　　　　円

4 交付確定額　　　　　　　　　 金　 　　　　　　　　円

5　内　　　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 金額（円） |
| 消耗品及び原材料費 |  |
|
| 使用料 |  |
|
| 印刷製本費 |  |
|
| 通信費 |  |
|
| 保険料 |  |
|
| 報償費 |  |
|
| その他（ ） |  |
|
| 合　計 |  |
|

5　その他

第１２号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金請求書

年　　 月 　　日

船橋市長 あて

住 所

氏 名　　　　　　　　　 ㊞

連絡先（電話）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称及び代表者の氏名

年　　 月　　 日付け船地ケア第　　　号で決定のあった補助金を下記のとおり交付してください。

記

１ 決 定 額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円

２ 概算払額　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　円

３ 請 求 額 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４ 送 金 先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他（　　　　　） | 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |  |  |
| 口座名義人 |  |  |  |

※振込先の口座名義が代表者名と異なる場合は、委任状が必要です。

第１３号様式

船橋市認知症カフェ運営補助金に係る消費税仕入控除税額報告書

年　　月　　日

船橋市長あて

住 所

氏 名

連絡先（電話）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称及び代表者の氏名

　　　年　　　月　　　日付け船地ケア第　　　号により交付決定のあった船橋市認知症カフェ運営補助金について、下記のとおり報告します。

記

１　補助金交付確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　確定申告により確定した船橋市認知症カフェ運営補助金に係る消費税及び消費税に係る仕入控除税額（※消費税の申告義務がない場合も０円と記載すること）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　※０円の場合はその理由について☑

　　　□　消費税の申告義務がない

　　　□　簡易課税方式による申告を行っている

　　　□　消費税法別表第３に掲げる法人等であって特定収入割合が５％を超える

　　　□　その他（返還額算出シートによる計算の結果、返還額が０円だった場合など）

３　添付資料

・返還額算出シート

（申告義務のない、簡易課税方式、消費税法別表第３号に掲げる法人等であって特定収入割合が５％を超える事業者は添付不要）