

# 佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金 申請等の手引き

【申請等受付・お問い合わせ先】  
佐世保市保健福祉部長寿社会課  
〒857-0042 佐世保市高砂町5-1  
TEL24-1111（内線 5324・5327）  
FAX0956-25-9670  
Email:chojyu@city.sasebo.lg.jp

# 佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金申請等の手引き



1. 佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金の概要	
(1) 補助事業の目的	・・・P3
(2) 補助の対象となる団体	・・・P3
(3) 補助の対象となる認知症カフェの活動	・・・P3
(4) 補助対象期間	・・・P4
(5) 補助金額	・・・P4
(6) 補助対象経費	・・・P4
2. 補助金申請等手続きの流れ	
(1) 補助金交付申請	・・・P6
(2) 補助金事業実績報告	・・・P6
(3) 補助金交付請求	・・・P6
(4) 事業実施上の留意事項	・・・P7
3. 補助金申請書等記載例	・・・P8
4. 補助金 Q&A	・・・P18

## 1. 佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金の概要

### (1) 補助事業の目的

この事業は、認知症の人が住み慣れた地域で安心して生活が継続できるよう、認知症の人への効果的な支援、認知症の人の家族の介護負担の軽減及び地域住民への認知症の啓発の促進のために、相互間交流・情報交換の活動拠点となる「認知症カフェ」を実施する事業者に対して、カフェの開催に係る経費の一部を補助します。

そうすることで 認知症カフェには認知症の人、そして家族が専門的なサポートを受けることができなかつた空白の期間を満たしていく役割と、地域の人が認知症のことを理解し受け入れることを促進するためのアプローチの拠点を図ります。

### (2) 補助の対象となる団体

- (1) 佐世保市で認知症カフェを開設する団体であること。
- (2) 会則、規約、等の組織運営に関する明文の定めを有していること。
- (3) 本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区別していること。
- (4) 宗教活動又は政治活動を主たる目的としていないこと。
- (5) 本市の市税に係る徴収金（市税及び延滞金等）を滞納していないこと

### (3) 補助の対象となる認知症カフェの活動

補助金を交付する対象となる事業は、次の各号に掲げる要件のいずれも満たす認知症カフェを運営する事業とする。

- (1) 佐世保市認知症カフェ登録決定通知を受けていること。
- (2) 認知症対応について相談・連携・対応できる支援機関（者）があること
- (3) 3人以上をもって構成された団体（組織）であること
- (4) 机等を配置し、複数の人が同時に過ごすことができる十分なスペースがあること。
- (5) 原則として、月1回以上開催し、1回あたりの開催時間は2時間以上とすること。
- (6) 開設日は、日にち及び曜日を固定するなど工夫し、周知すること。
- (7) 活動中は、事故発生時に適切な対応を行うことができる人員を1名以上配置すること。
- (8) 主な活動内容として、次のア.イに掲げる取り組みを行うこと。
  - ア 認知症の人及びその家族等が安心して集い、交流する場の提供と交流の促進
  - イ 地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、介護サービス事業所、地域の関係者等との連携を図るとともに、市民ボランティア（認知症サポーター、チームオレンジ及び市民など）の積極的な参加を促し、地域に開かれた場となるように努めること
- (9) 佐世保市が行う事業の周知等の協力を行うこと。

ただし、下記の事業は除きます。

- ・国や県、本市の他の補助金を受けている事業又は補助対象となる事業（別事業とみなせる場合は除く）
- ・営利を目的とする事業
- ・宗教の教義を広め、儀式行事を行い、及び信者を教化育成することを目的とする事業
- ・政治上の主義を推進し、支持し、又はこれに反対することを主たる目的とする事業

- ・特定の公職の候補者若しくは公職にある者又は政党を推薦し、支持し、又はこれらに反対することを目的とする事業

#### (4) 補助対象期間

年度内の申請を行い交付決定日～3月31日までの間に実施する活動が対象となります。

#### (5) 補助金額

	補助上限額	備考
年額	120,000 円	定額
初年度加算	50,000 円	定額

※申請初年度のみ、初年度加算 (50,000) + 年額 (120,000 円) = 上限 (170,000)

#### (6) 補助対象経費

項目	備考
報償費	外部の講師への謝礼 事業調整事務や実際カフェ対応にあたるスタッフに対する報償費 ボランティア活動に対する奨励金 (謝礼金)
交通費	講師及びボランティアの交通費
燃料・光熱水費	活動に必要な燃料・光熱水費
消耗品費	事業の実施に必要な消耗品費 (1品の取得価格が5万円未満)
食糧費	事業の実施に必要な茶菓子等
使用料及び賃借料	会場使用料、機材等の借り上げ料
保険料	事業実施に係る保険料

※自宅等 (既存店舗含む) を開放して実施している場合、使用料 (光熱水費込み) 1 時間 1,000 円を限度とし経費を認める。ただし、改修費等は認めない。

ただし、次に掲げる事業に対する経費は対象とならない

- ① 補助対象団体の運営に係る経費
- ② 補助対象団体の構成員による会合の経費
- ③ 補助対象経費以外の経費と認識することが困難な経費
- ④ 特定の個人が所有 (帰属) し、又は占有する物品の購入に要する経費
- ⑤ 会場等の改修費等に係る経費
- ⑥ 前号に掲げるもののほか、市長が適当でないと認める経費

## 2. 補助金の申請から実績報告までの流れ

1. 補助金申請書  
(市へ提出)



- 【提出する書類】
- ① 補助金等交付申請書（様式第1）
  - ② 事業計画書（様式1-1）
  - ③ 収支予算書（様式1-2）
  - ④ 申請（実施）団体調書（様式1-3）
  - ⑤ 開催会場の位置図及び写真（建物外観及び会場内）
  - ⑥ その他市長が必要と認める書類
  - ⑦ 窓口確認(会則、規約（団体の組織、運営方法）)

交付決定通知書  
(受け取り)



補助金支の対象支出として認められるものは、交付決定通知日以降のものに限ります！  
(補助対象となるかわからない場合は、購入する前に長寿社会課へ相談を)

2. 請書の提出  
交付決定通知書受領  
後1か月以内



- 【提出する書類】
- 請書
  - 請求書
  - 通帳の写し

年度末に実績をもって請求する場合は不要

3. 実績報告書等の提出  
4月上旬まで



- 【提出する書類】
- ① 実績報告書（様式第2）
  - ② 活動報告書（様式2-1）、（別紙）
  - ③ 収支決算書（様式2-2）
  - ④ 補助対象経費の領収書の写し（カフェ名義のみ）
  - ⑤ その他市長が必要と認める書類

• 請求書

請書提出時に提出した場合は不要

補助金確定通知書  
(受け取り)

補助金は、「請求書」が長寿社会課へ提出された後、1か月程度で団体の口座に振り込まれます。

## 事業実施上の留意事項

- ① 秘密保持について  
個人情報保護法の規定を踏まえ、利用者の個人情報及びプライバシーの尊重・保護に万全を期するものとし、正当な理由なく、その業務によって知り得た情報を漏らしてはいけません。
- ② 衛生管理等について  
認知症カフェの運営にあたり、茶菓子等を提供する場合は衛生管理に注意すること。また、茶菓子等を提供する場合、食品衛生法に基づく許可が必要になる場合があるため、個別に下記連絡先までご相談下さい。  
  
佐世保市保健福祉部生活衛生課 中央保健福祉センター 5階 (TEL25-9716)
- ③ 帳簿等の整理について  
補助金の交付を受けた団体は、補助対象事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、帳簿及び証拠書類を事業後5年間保管すること。
- ④ 経理区分について  
本事業に係る経費と他の事業に係る経費とを明確に区分すること。
- ⑤ カフェの見学・周知について  
認知症カフェの実際の様子を見学させていただく場合があります。また、この補助金を受けて実施する認知症カフェは、佐世保市の広報やホームページなどに掲載し、市民の方に周知します。

### 3. 補助金申請書記載例

佐世保市長 様

(空白) 令和 年 月 日

申請者 住 所 佐世保市八幡町 1-10

団体名 SASEBO 認カフェ

役 職 会長

代表者名 佐世保 認太郎

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

## 補助金等交付申請書

佐世保市補助金等交付規則第 3 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

また、本申請を行うにあたり、裏面の誓約事項に相違ないことを誓約し、これらが事実と相違することが判明した場合には、補助金等の交付の決定を取り消すことについて同意します。

なお、誓約事項の事実確認のため、長崎県警察本部へ申請者情報に関する照会がなされる場合があることを承諾します。

1 補助事業等の名称	佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金
2 総事業費	¥ 2 5 2 , 0 0 0 円
3 補助金等の額	¥ 1 7 0 , 0 0 0 ( 2 年目以降は上限 120,000 ) 円
4 補助事業等の着手予定年月日及び完了予定年月日	着 手 令和 年 月 日(空白) 完 了 令和〇年 3 月 3 1 日
5 添付書類	① 事業計画書 ② 自己負担の方法及び金額を示す書類・収支予算書 ③その他 (実施団体調書、認知症カフェ等開催予定会場の位置図及び写真 (建物外観及び会場内))
6 備 考	



1 収入の部 (単位：円)

区分	前年度 予算額	本年度 予算額	増減	備考
(A) 繰越金		0		
(B) 補助金(交付申請額)		170,000		佐世保市より
(C) 自己資金等		82,000		
内 訳	参加費	36,000		参加費300円×120人
	自主財源	46,000		
(D) 総額 (A)+(B)+ (C)		252,000		

2 支出の部 (単位：円)

区分	前年度 予算額	本年度 予算額	増減	備考
(1) 補助対象経費		234,000		
内 訳	報償費	30,000		講師謝礼5,000円×6回
	交通費	7,200		ホランティア交通費 300円×2名×12回
	消耗品費	59,400		チラシ10,000円、のぼり・ポ ール45,000円、インク4,400円
	食糧費	77,400		コーヒー豆1,200円×12個 茶菓子350円×180個
	使用料	48,000		1,000円×4H×12回
	保険料	12,000		5名×200円×12回
(2) 補助対象外経費		18,000		
	スタッフ昼食代	18,000		500円×3名×12回
(3) 総事業費 (1) + (2)		252,000		※申請書の総事業費欄に記載額

※補助対象経費の区分については要綱 別表第1を参照

## 申請（実施）団体調書

カフェの名称	SASEBO 認カフェ	
代表者名	佐世保 認太郎	
設立年月日	令和7年7月7日	
所在地	佐世保市八幡町1番10号	
設立の趣旨	認知症の人やその家族が交流できる場の提供や認知症に関する情報発信の場を図るため	
組織名簿		
スタッフ (役職名)	フリガナ	資格・免許・受講講座等 (例：看護師・チームオレンジサポーター)
	氏名	
会長	サセボ ニンタロウ	認知症サポーター
	佐世保 認太郎	
会計	サイカイ キッサ	介護福祉士
	西海 喫茶	
従事者	チイキ シエン	看護師
	値粋 紫縁	
従事者	ハイカイ シマセン	チームオレンジサポーター
	背貝 志摩千	
連携機関（者）	※認知症について相談・対応できる連携機関（者） <input type="checkbox"/> 病院（保健師：有津入馬） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	
備考	（認知症カフェ以外の活動を記載）	

## 請 書

令和〇年〇月〇日付け佐世保市指令〇長寿第〇〇号で額の交付決定通知があった令和〇年度佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金については、交付指令の条項を守りお請けいたします。

令和 年 月 日

佐世保市長 様

住 所 佐世保市八幡町1番10号

団体名 SASEBO 認カフェ

役 職 会長

代表者名 佐世保 認太郎 ⑩

(※この印鑑と請求書の印鑑は同一のものを使用すること)

令和 年 月 日

佐世保市長 様

申請者 住 所 佐世保市八幡町1番10号  
団体名 SASEBO認カフェ  
役職名 会長  
代表者名 佐世保 認太郎 印  
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

補助金等交付請求書(前金払・概算払)

佐世保市補助金等交付規則第14条の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 指令年月日及び指令番号	令和 ●●年 ●●月 ●●日付け佐世保市指令長寿●●第 ●●●号 (市からの「交付決定通知書」に記載の日付・指令番号を記載する)								
2 補助事業等の名称	佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金								
3 補助金等の交付決定額	¥170,000円								
4 補助金等の既交付額	年 月 日付け交付 円 年 月 日付け交付 円 計 円								
5 今回交付請求額	¥170,000円								
6 未交付額	¥0円								
7 支払方法	口座振込(通帳記帳時の請求No. )								
8 振込先	<p>下欄に振り込み先を記入して下さい。(※なお、円滑に支払いを行うためにコンピュータに登録して処理する場合がありますのでご了承下さい。)</p> <table border="1"> <tr> <td>●●銀行</td> <td>口座番号</td> </tr> <tr> <td>●●支店</td> <td>1234567</td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td>口座名義(カタカナ)</td> </tr> <tr> <td>普通 当座 貯蓄( )</td> <td>●●●●●●●●</td> </tr> </table>	●●銀行	口座番号	●●支店	1234567	口座種別	口座名義(カタカナ)	普通 当座 貯蓄( )	●●●●●●●●
●●銀行	口座番号								
●●支店	1234567								
口座種別	口座名義(カタカナ)								
普通 当座 貯蓄( )	●●●●●●●●								
9 添付書類	① 補助金等交付決定通知書の写し ② その他( )								

令和 年 3月31日

佐世保市長 様

申請者 住 所 佐世保市八幡町1番10号  
 団体名 SASEBO 認カフェ  
 役 職 会長  
 代表者名 佐世保 認太郎  
 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

## 補助事業等実績報告書

佐世保市補助金等交付規則第11条の規定に基づき、次のとおり報告します。

1 指令年月日及び指令番号	令和●年●月●日付け佐世保市指令●●第 号 (市からの「交付決定通知書」に記載の日付・指令番号を記載する)
2 事業等の名称	佐世保市認知症カフェ開催支援事業補助金
3 総事業費	¥ 232,840 円
4 補助金等の交付決定額	¥ 170,000 円
5 補助事業等の内容及び成果	別紙 (活動報告書、収支決算書のとおり)
6 着手年月日及び完了年月日	着 手 令和 ○年 4月 1日 完 了 令和 ○年 3月31日
7 添付書類	① 収支決算書 ② 成果品又は成果を示す写真 ③ その他 ( )
8 備 考	



市・包括職員、SC  
介護事業所など

別紙

実施日時	参加者数			A スタッフ	ボラン ティア	講師	関 係 機 関 (連携 機関)
	認知症		その他 (地域住民等)				
	本人	家族など					
4月9日(水)	3	2	5	4	1	1	1
14時~16時							
5月14日(水)	3	3	5	4	2	0	2
14時~16時							
6月11日(水)	3	1	5	4	1	0	1
14時~16時							
7月9日(水)	1	1	5	4	2	1	0
14時~16時							
8月13日(水)	0	0	5	4	1	0	1
14時~16時							
9月10日(水)	2	2	5	4	2	0	2
14時~16時							
10月8日(水)	3	2	5	4	1	1	1
14時~16時							
11月12日(水)	4	3	5	4	2	0	2
14時~16時							
12月10日(水)	4	3	5	4	1	0	0
14時~16時							
1月14日(水)	4	4	5	4	2	1	1
14時~16時							
2月11日(水)	5	5	5	4	1	0	2
14時~16時							
3月11日(水)	5	5	5	4	2	0	1
14時~16時							
合計	37	30	60	48	18	4	14
参加者数(延べ)	127			84			

1 収入の部 (単位：円)

区分	予算額	決算額	増減	備考	
(A) 繰越金	0	0	0		
(B) 補助金 (交付申請額)	170,000	170,000	0	佐世保市より	
(C) 自己資金等	82,000	62,840	-19,160		
内 訳	参加費	36,000	38,100	2,100	参加費300円×127人
	自主財源	46,000	24,740	-21,260	
				0	
(D) 総額 (A)+(B)+ (C)	252,000	232,840	-19,160		

2 支出の部

区分	予算額	決算額	増減	備考	
(1) 補助対象経費	234,000	232,840	-1,160		
内 訳	報償費	30,000	30,000	0	講師謝礼5,000円×6回
	交通費	7,200	3,600	-3,600	ボランティア交通費 300円×1名×12回
	消耗品費	59,400	52,840	-6,560	チラシ9,800円、のぼり・ポール 39,500円、インク3,540円
	食糧費	77,400	89,400	12,000	コーヒー豆1,200円×12個 茶菓子300円×250個
	使用料	48,000	48,000	0	1,000円×4H×12回
	保険料	12,000	9,000	-3,000	5名×150円×12回
(2) 補助対象外経費	18,000	0	-18,000		
	スタッフ昼食代	18,000	0	-18,000	
(3) 総事業費 (1) + (2)	252,000	232,840	-19,160	※実績報告書の総事業費欄に記載額	
(4) その他 (D) - (3)	-	0		繰越・返納	
(5) 合計 (3) + (4)	-	232,840			

※補助対象経費の区分については要綱 別表第1を参照

市処理欄 (長寿社会課で記入しますので何も書かないでください)

本市への返納	有	無
--------	---	---

(B) 補助金 円 - (1) 補助対象経費 円 = 返納額 円