

「オレンジカフェ」運営補助事業の手引き

令和4年4月 第4版



【問い合わせ先】

岡垣町役場 長寿あんしん課
地域包括支援係（地域包括支援センター）

TEL：093-282-1211

FAX：093-282-1299

オレンジカフェとは…

認知症になっても住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、また認知症の人の家族の介護負担の軽減を図れるよう、認知症の人とその家族・地域住民・専門職等、誰もが気軽に集まれる地域の集いの場です。

岡垣町においても、認知症状の悪化防止、相互交流・情報交換、認知症への理解の場として、『オレンジカフェ』が地域に広がるように、団体等が取り組む事業に対し、予算の範囲内で補助を行います。

オレンジカフェ運営事業への補助について

1. カフェに期待する役割

事業実施にあたり、以下のような場となることを期待します。

- (1) 認知症の人が地域で安心して過ごせる場所
- (2) 認知症の人を介護する家族の負担を軽減できる場所
- (3) 認知症の正しい理解が深められる場所
- (4) 認知症について気軽に相談できる場所
- (5) 地域でのつながりや連携が深められる場所

2. カフェ参加対象者

認知症の人及びその家族、地域住民、専門職等誰もが参加できるようにして下さい。施設で実施する場合、施設利用者だけでなく、地域の方にも参加を呼び掛けて下さい。(施設利用者だけの参加の場合は、補助の対象となりません。)

3. カフェ補助対象団体等

本町においてオレンジカフェを運営する団体等(町内所在の介護事業所を運営する社会福祉法人・医療法人・NPO法人・個人等)とします。暴力団や暴力団が実質的に経営に関与している団体や個人、暴力団と密接な関係を有する団体や個人は補助の対象となりません。

4. カフェ運営補助対象事業条件

事業実施にあたり、次の要件をすべて満たす必要があります。

- (1) オレンジカフェが町内にあり、かつ 10 人以上が活動できるスペースがあること。
※施設内で実施する場合は、利用者が普段過ごす場所とは別のスペースを確保して下さい。
- (2) 月 1 回以上、1 回 2 時間以上実施すること。ただし、警報級の大雨等の現象又は運営者の入院等で実施できない場合を除く。
- (3) 保健師・社会福祉士・精神保健福祉士・看護師・介護福祉士等 1 名以上配置し、認知症の人及びその家族が相談できる体制を整えること。
- (4) カフェ利用料金は無料とすること。ただし、飲食費その他の実費については、利用者の負担とすることができる。(1 人 200 円程度)
- (5) 実施の際には、参加者の構成及び人数を記録し、実施内容を評価すること。
- (6) 政治的活動、宗教的活動又は、利用者に対する営業活動を行わないこと。
- (7) 法令及び公序良俗に反しない内容であること。

5. 補助金対象経費

事業運営のための謝金、旅費、食糧費、需用費、役務費、使用料及び貸借料、備品購入費が対象となります

補助対象となる経費の内訳

経費名		内容
運 営 補 助 金	1 謝金	外部講師への謝金等
	2 旅費	交通費費用弁償（ボランティア等）
	3 食糧費	オレンジカフェ実施に伴うお茶、食材費等
	4 需用費	事務用品等の物品購入費（文具等の消耗品、パンフレット等の印刷製本費等）
	5 役務費	切手・はがき代、広告料、各種保険料等
	6 使用料及び 賃借料	オレンジカフェ設置に係る会場借り上げ料等（使用料等の定めの無い会場使用料(光熱水費、冷暖房費)は1回につき1,000円を上限とする。） 駐車場借り上げ料 オレンジカフェに必要な機材の借り上げ費用等
	7 備品購入費	オレンジカフェに必要な備品の購入費

注 上記費用で不明な点があれば、事前に町に確認すること

※以下の経費は対象となりません

- (1) 特定の個人が所有し、又は占有するための物品の購入に要する経費

- (2) 団体等を構成する者による会合の飲食費
- (3) 接待費及び交際費
- (4) 補助事業以外の経費と識別することが困難な経費
- (5) その他町長が適当でないと認める経費

6. 補助金額

補助金の額は、認知症カフェの実施1回あたり4,000円とし、1年間の上限は、年額96,000円又は補助事業に要する経費の合計額から利用者負担金及びその他の収入額を控除した額のいずれか低い額とします。

その他

- (1) 「オレンジカフェ」において不特定多数の方に食事等を提供する場合、食品衛生法に基づく許可が必要となる場合があります。調理行為を検討している場合は、宗像遠賀保健福祉環境事務所にご相談の上、実施して下さい。

【問い合わせ先】

宗像遠賀保健福祉環境事務所 保健衛生課 食品衛生係
〒811-3436
宗像市東郷1丁目2番1号（宗像総合庁舎内）
電話番号：0940-36-3318

- (2) カフェで知り得た個人的な情報を不用意に外部へ漏らさないよう注意して下さい。ただし、カフェにおいて介護保険認定申請等支援を必要とする人がいた場合には、本人の了解を得た上で、地域包括支援センターへご相談下さい。
- (3) カフェ実施の際、事故が起こる場合もありますので、参加者に注意を呼び掛けて下さい。事業所で実施する場合は、事業所で加入している賠償責任保険の内容などを確認しておいてください。
- (4) この補助事業を実施する団体等は、積極的にボランティアの受け入れをお願いします。町民団体又は個人でカフェを運営される方は、岡垣町コミュニティ保険の対象となる場合がありますので、地域包括支援センターへご相談ください。ただし、カフェ参加者は対象となりません。
- (5) 何かご不明なことがあれば、地域包括支援センターまでご連絡ください。

オレンジカフェ運営補助金 交付申請手続きの流れ

申請期限

①4月から実施：4月末まで

②年度途中から実施：実施の1か月前まで

1. 補助金の交付申請

【提出書類】

- ・岡垣町認知症カフェ運営補助金交付申請書（様式第1号）
- ・岡垣町認知症カフェ事業実施計画書（様式第2号）
- ・岡垣町認知症カフェ事業収支予算書（様式第3号）

※交付決定（町より「岡垣町認知症カフェ運営補助金交付決定通知書」を送付）
交付の適否、補助金の額等提出書類を審査のうえ、適当と認めるときは、補助金の額を決定し、通知する。

2. 概算払請求

【提出書類】

- ・岡垣町認知症カフェ運営補助金概算払請求書（様式第5号の2）

※補助金の全部又は一部を概算払い（町より指定の口座に振り込み）

3. 事業実施

岡垣町認知症カフェ運営補助事業実施計画書に沿って事業を実施。事業途中で実施回数・内容等の変更がある場合は、岡垣町認知症カフェ運営補助事業実施計画変更等申請書（様式第6号）提出。ただし、軽微な変更は除く。

4. 実績報告

提出期限：事業完了月翌月5日まで

【提出書類】

- ・岡垣町認知症カフェ運営補助金実績報告書（様式第8号）
- ・岡垣町認知症カフェ事業実施報告書（様式第9号）
- ・岡垣町認知症カフェ事業収支決算書（様式第10号）

※交付額確定（町より「岡垣町認知症カフェ運営補助金交付額決定通知書」を送付）
補助金の交付の決定の内容及びこれに付した条件に適合すると認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、通知する。

5. 請求（返還）

提出期限：通知書受け取り後14日以内

【提出書類】（AまたはB）

- A 岡垣町認知症カフェ運営補助金請求書（様式第12号）
- B 岡垣町認知症カフェ運営補助金返還届出書（様式第13号）

※返還金は、事前に送付する納付書で振り込み

※補助金の交付（町より指定の口座に振り込み）

記載例

様式第1号（第8条関係）

○年 ○月 ○日

岡垣町長様

所在地 岡垣町○○□丁目□番□号

団体等の名称 ○○○会

代表者氏名 会長 岡垣 太郎 ⑩

※署名又は記名押印※

岡垣町認知症カフェ運営補助金交付申請書

年度認知症カフェ設置事業を実施しますので、岡垣町認知症カフェ運営補助金交付要綱第8条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり交付申請します。

記

カフェ実施予定回数×4,000円
(上限：96,000円)
例) 12回×4,000円=48,000円

1 補助金申請額 ¥ 48,000 円

2 事業の完了予定日 令和 ○年 ○月 ○日

3 添付書類

- (1) 岡垣町認知症カフェ事業実施計画書
- (2) 岡垣町認知症カフェ事業収支予算書

岡垣町認知症カフェ事業実施計画書

(新規・変更)

運営主体	〇〇〇会
カフェ名称	うみがめカフェ
開催場所	岡垣町〇〇公民館 (利用可能人数 15 人)
開催日時	令和 〇年 〇月 〇日開始 全 12 回予定 (月1回第2火曜日14:00~16:00 実施予定)
運営スタッフ	専門職 3名 (職種:看護師、介護福祉士、介護支援専門員) その他 3名 計. 6 名
事業計画	
<p>(1) 年間スケジュール・実施内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎回飲み物とお菓子を購入して提供し、利用者同士が話しやすい空間をつくる。 コーヒーマーカーを購入する。 ※飲食代 1人100円 ・専門職による講話やレクリエーション ・年に1度、〇〇医師を迎え認知症についての勉強会を依頼 ・年に1度、〇〇ボランティアによる演奏会を実施 (音楽鑑賞) <p>※実施予定日 4/9、5/●、6/●、7/●、8/●、9/●、10/●、11/●、12/● 1/●、2/●、3/●</p> <p>(2) 相談対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職による相談の実施 ・家族や地域の人等から相談を受けたときに、話をしやすいようカフェとは別スペースを確保する <p>(3) 周知方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チラシ作成し回覧板でお知らせ <p>(4) その他</p>	


様式第5号の2 (第10条関係)

年 月 日

岡垣町長様

所在地 岡垣町〇〇〇丁目〇番〇号

団体等の名称 〇〇〇会

代表者氏名 会長 岡垣 太郎 

※押印が必要※

岡垣町認知症カフェ運営補助金概算払請求書

令和 〇年 〇月 〇日付第〇〇〇〇号で補助金額の決定を受けました認知症カフェ運営補助金として、下記のとおり概算請求します。

記

1 請求額 48,000円

2 振込先金融機関

銀行名	銀行 ・ 信金 ・ 組合						
支店名	本 ・ 支店						
預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄						
口座番号							
(フリガナ)							
名義人							


振り込み先口座を記入してください。

年 月 日

岡垣町長様

所在地 岡垣町〇〇丁目〇番〇号

団体等の名称 〇〇〇会

代表者氏名 岡垣 太郎 

※署名又は記名押印※

岡垣町認知症カフェ運営補助事業実施計画変更等申請書

令和 〇年 〇月 〇日付第〇〇〇〇号で交付決定を受けた岡垣町認知症カフェ運営補助事業について、**（変更）**・中止）したいので、岡垣町認知症カフェ運営補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 認知症カフェ名称

うみがめカフェ

例) 17回 × 4,000円
= 68,000円

2 区分

（変更） ・ 中止

3 変更・中止後の補助金額

68,000円

4 変更・中止の理由

実施の要望が多かったため、11月7日より月2回実施
(計17回)

5 添付書類

- (1) 岡垣町認知症カフェ事業実施計画書（変更の場合に限る）
- (2) 岡垣町認知症カフェ事業収支予算書（変更の場合に限る）

様式第 8 号 (第 12 条関係)

事業完了月翌月の 5 日まで
に提出してください。

令和 ○年 ○月 ○日

岡 垣 町 長 様

所 在 地 岡垣町○○□丁目□番□号

団体等の名称 ○○○会

代表者氏名 会長 岡垣 太郎 ㊟

※署名又は記名押印※

岡垣町認知症カフェ運営補助金実績報告書

令和 ○年 ○月 ○日付第○○○○号で交付決定を受けた運営補助金に係る事業実績について、岡垣町認知症カフェ運営補助金交付要綱第 12 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金申請額 56,260円

- 2 事業の完了日 令和 ○年 ○月 ○日

- 3 添付書類
 - (1) 岡垣町認知症カフェ事業実施報告書
 - (2) 岡垣町認知症カフェ事業収支決算書

様式第9号（第12条関係）

岡垣町認知症カフェ事業実施報告書

カフェ名称 うみがめカフェ

開催場所 ○○公民館

実施日時	令和○年 4月 ○日 14:00～16:00	参加者10名	スタッフ6名	ボランティア3名
	令和○年 5月 ○日 14:00～16:00	参加者9名	スタッフ6名	ボランティア3名
	令和○年 6月 ○日 14:00～16:00	参加者11名	スタッフ6名	ボランティア2名
	令和○年 7月 ○日 14:00～16:00	参加者8名	スタッフ6名	ボランティア3名
	令和○年 8月 ○日 14:00～16:00	参加者12名	スタッフ5名	ボランティア3名
	令和○年 9月 ○日 14:00～16:00	参加者10名	スタッフ6名	ボランティア1名
	令和○年 10月 ○日 14:00～16:00	参		
	令和○年 11月 ○日 14:00～16:00	参		
	令和○年 11月 ○日 14:00～16:00	参		
	令和○年 12月 ○日 14:00～16:00	参		
	令和○年 12月 ○日 14:00～16:00	参加		
令和○年 1月 ○日 14:00～16:00	参加者10名	スタッフ6名	ボランティア3名	
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・毎回飲み物とお菓子を提供し、利用者同士が話しやすい場とした ・飲食代 1人100円 ・専門職による講話やレクリエーション ・9/● ○○医師を迎え認知症についての勉強会を実施 ・12/● ○○ボランティアによる演奏会を実施（音楽鑑賞） <p>※実施日 4/●、5/●、6/●、7/●、8/●、9/●、10/●、11/●・●、12/●・● 1/●・●、2/●・●、3/●・●</p>			
相談内容	相談区分	相談件数	周知方法	<ul style="list-style-type: none"> ・チラシを作成し回覧板でお知らせ ・参加者の口コミ ・訪問して参加を呼びかけ
	認知症の症状について	2		
	病院受診について	1	その他	
	対応の仕方、関わり方について	1		
	介護保険サービス等について	3		
	その他	0		
計	7			

年12回以上行う場合は、報告書をコピーし、2枚目に記載してください。

様式第 10 号 (第 12 条関係)

岡垣町認知症カフェ事業収支決算書

【収入】

科 目	本年度決算額 (円)	内 容
岡垣町認知症カフェ運営補助金	50,560	概算払額：48,000円 不足額：2,560円
参加費	17,000	1人 100円 × 170人
その他		
合 計	67,560	

実際の経費が概算払いの金額より少なかった場合 (返還の場合) は「不用額」となります。

収入の合計と支出の合計は同じにしてください。

【支出】

科 目	本年度決算額 (円)	内 容
謝金	10,000	医師謝礼金
旅費	15,300	ボランティア交通費 (3人×300円×17回)
食糧費	25,000	コーヒー、お茶、お菓子代
需用費	5,000	筆記用具、チラシ・資料印刷製本費
役務費	3,000	切手・はがき代、保険料
使用料及び貸借料	1,700	公民館使用料 (100円×17回)
備品購入費	7,560	コーヒーマーカー
合 計	67,560	


実際にかかった金額を記入してください。

年 月 日

岡 垣 町 長 様

所 在 地 岡垣町〇〇〇丁目〇番〇号

団体等の名称 〇〇〇会

代表者氏名 会長 岡垣 太郎 

※押印が必要※

岡垣町認知症カフェ運営補助金請求書

令和 〇年 〇月 〇日付第〇〇〇〇号で補助金額の確定を受けており
ました令和〇年度認知症カフェ運営補助金として、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 2, 560円

2 振込先金融機関

銀行名								
支店名								
預金種別	普通							
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>							
(フリガナ)								
名義人								

例)

- ・実際にかかった費用－参加費：50, 560円
- ・概算払額：48, 000円
- ・請求額：50, 560円－48, 000円
= 2, 560円

様式第 13 号 (第 15 条関係)

年 月 日

岡 垣 町 長 様

所 在 地 岡垣町〇〇〇丁目〇番〇号

団体等の名称 〇〇〇会

代表者氏名 会長 岡垣 太郎 印

※押印が必要※

岡垣町認知症カフェ運営補助金返還届出書

令和 〇年 〇月 〇日付第〇〇〇〇号で補助金額の確定を受けた令和〇年度認知症カフェ運営補助金については、下記のとおり返還しますので届け出ます。

記

返還額

実際にかかった金額が、概算払を受けていた金額より少なかった場合は、その差額を記入し提出してください。返還金は納付書にて振り込みしてください。

