

事 業 実 施 報 告 書

実施団体名	子ども宅食の名称	子ども宅食拠点所在地	子ども宅食運営開始年月日

1. 子ども宅食の実施方法について					
配達予定対象者数	登録 子ども数 名	登録 保護者数 名	合計 名		
一食当たりの料金	大人 円	子ども 円	食物アレルギーの有無の確認	<input type="checkbox"/>	
連携する学習支援事業 (ある場合)	<input type="checkbox"/> 1. 生活困窮者自立支援法に基づく 子どもの学習支援事業 <input type="checkbox"/> 2. ひとり親家庭の子どもの学習支援事業 <input type="checkbox"/> 3. 地域未来塾事業 <input type="checkbox"/> 4. その他(体験学習等)		学習支援の 実施主体		
見守り活動の実施概要					
連携した福祉分野の専門機関名					
2. 実施責任者について					
		役	職		

(注)責任者が複数名いる場合は、適宜行を追加してください。また、責任者が交代した場合には、その時期も明らかにしてください。

3. 利用者等の安全確保等について					
保健所による飲食店の営業許可等	<input type="checkbox"/> 1. 営業許可取得済 <input type="checkbox"/> 2. 営業許可申請中・申請予定 <input type="checkbox"/> 3. 保健所の指導の結果許可手続不要				
傷害保険(ボランティア保険)の加入者数 (必 須)	責任者 ボランティア	名	保護者	名	子ども 名

(注)加入した保険の資料等を添付してください。

4. 備品の購入の有無。※子ども宅食事業の実施に直接関係するものに限ります。

<input type="checkbox"/> 有り (購入時期 : 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 無し
購入した備品	
金額	契約方法(競争入札・見積合わせ等)

(注)購入した備品の納品書及び写真を添付してください。

5. 実施回数、対象者数及びスタッフ数等について

	実施年月日	子どもの人数(人) ※延人数	保護者数(人) ※延人数	配達先数(件)	スタッフ(人)※延人数		
					計	責任者	ボランティア
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
合計							

(注1)「スタッフ」において、責任者とボランティアを兼任する場合は、責任者のみに計上してください。(責任者は最低1名待機してください。)

(注2)行が不足する・余る場合は、適宜追加・削除すること。

(注3)上記の各項目を満たせば、任意の様式の添付することでも差し支えない。