

事業計画書

実施団体名	子ども食堂の名称	子ども食堂の所在地	子ども食堂運営開始(予定)年月日	申請年度

1. 子ども食堂の実施方法について				
参加予定対象者数	支援を必要とする子ども 名	その他子ども 名	その他(保護者、高齢者、障がい者等) 名	合計 名
学習支援の実施	<input type="checkbox"/> 1. 子ども食堂と併せて実施する <input type="checkbox"/> 2. 他の実施団体と連携する <input type="checkbox"/> 3. 検討中又は実施・連携予定なし			
実施・連携する学習支援事業(上記で「1」「2」を選択した場合)	<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	
			学習支援以外のレクリエーション等活動	
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"/>

2. 実施責任者について(※開設時間中常駐してください。)			
責任者氏名		役職	

(注)責任者が複数名いる場合は、適宜行を追加するか、任意の様式を添付してください。

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	大人	名	子ども	名	

□

4. 備品の購入の有無 ※子ども食堂事業の実施に直接関係するものに限りませう。
 (注)購入予定の備品の内容・価格が分かる資料を添付してください。

<input type="checkbox"/> 有り (購入予定時期: 年 月頃) <input type="checkbox"/>無し
購入を予定している備品
金額

(注)購入予定の備品の内容・予定価格が分かる資料を添付してください。

5. 実施予定回数、参加予定者数及び配置予定スタッフ数等について

	実施予定回数	支援を必要とする 子ども(人) ※延人数	その他参加者(人)※延人数			1回当たりの実施 時間	配置スタッフ(人)※延人数		
			計	うち子 ども	うち高齢者 障がい者		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)「配置スタッフ」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。(常駐できる責任者を最低1名配置してください。)

