

事業計画書

1 実施団体の概要

フリガナ		
団体名称		
所在地		
代表者	氏名	
	住所	
	電話番号	
担当者	氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	

2 事業内容

補助対象事業 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ①子ども食堂 <input type="checkbox"/> ②学習支援 <input type="checkbox"/> 立上げ支援 <input type="checkbox"/> ③八戸こども宅食おすそわけ便		
事業の名称			
実施場所の住所			
開設年月日			
実施日時	開催頻度		
	開催時間		
1回当たりの利用 想定人数	うちこども 人	人	※定員を設けている場合 定員 人/回
1回当たりの利用者 負担額(参加費)			
運営責任者名・ 連絡先			
運営スタッフの人数	人		
保健所への相談 (どちらかに☑) ※子ども食堂を立ち上 げる場合	<input type="checkbox"/> 相談済み (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 相談予定 (令和 年 月 日)		
アレルギーへの対応 (該当するものに☑) ※子ども食堂を実施す る場合	<input type="checkbox"/> アレルギー対応メニューを提供している。 <input type="checkbox"/> アレルギー表示を行っている。 <input type="checkbox"/> アレルギー対応を行っていないことをチラシ等で周知して いる。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
保険への加入	保険会社名		
	保険名称		
	内容		
開催・活動の 周知方法等			

3 開催計画（補助対象期間）

実施月	実 施 予 定 回 数		内 訳						備考
			①子ども食堂		②学習支援		③こども宅食		
4月		回		回		回		回	
5月		回		回		回		回	
6月		回		回		回		回	
7月		回		回		回		回	
8月		回		回		回		回	
9月		回		回		回		回	
10月		回		回		回		回	
11月		回		回		回		回	
12月		回		回		回		回	
1月		回		回		回		回	
計		回		回		回		回	

（留意事項）

※補助対象となる実施回数の合計は、令和8年4月1日から令和9年1月31日までに実施した回数分となる。

※①子ども食堂及び②学習支援を同日に同じ場所で一体的に実施する場合は、②学習支援の実施回数をカッコ書きで記載し、実施回数の合計には含めないこと。