

事業計画書

<<補助対象事業者>>

団体名	●●食堂		
代表者氏名	多治見 太郎		
住所	多治見市音羽町1-233		
電話番号	0572-23-5958	FAX番号	0572-23-8577
Email	kodomosyokudou@mail.co.jp		
担当者	多治見 花子		
担当者連絡先	090-0000-0000		

1. 居場所づくり事業の実施方法について

実施する事業 (複数の場合は、 複数にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども食堂、フードパントリー事業等 <input type="checkbox"/> 子どもに学習機会を提供する事業 <input type="checkbox"/> 上記以外の衣食住等の生活支援を行う事業 <input type="checkbox"/> その他事業 ()
事業開始(予定) 年月日	令和6年 4月 1日

2. 成果目標

子ども食堂の利用者数1回につき子ども5人以上

客観指標・数値目標を記載するようお願いします。

良い例) こどもの居場所利用者数、満足度、行政の支援につないだ件数=利用者の○%

悪い例) ○○市の子供の貧困対策を推進(数値目標がない)、こども食堂を○回開催(事業の概要と同じ活動目標)

3. 実施責任者等について(※開催時間中常駐すること。)

責任者氏名	多治見 花子	役職	副会長
スタッフ人数	8人		

(注) 責任者が複数名いる場合は、適宜行を追加するか、任意の様式を添付すること。

4. 利用者等の安全確保等について

保健所による飲食業の営業許可等 (食事を提供する場合のみ)	<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 checked="" type="checkbox"/> 3. 保健所の指導の結果許可手続き不要	
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	8名	大人	名	子ども	名

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	計	うち子ども	うち保護者 高齢者 障がい者		計	責任者	ボランティア
4月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
5月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
6月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
7月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
8月	3	7	270	120	150	12:00~13:00	24	3	21
9月	1	1	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
10月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
11月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
12月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
1月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
2月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
3月	1	2	90	40	50	12:00~13:00	8	1	7
合計	14	28	1260	560	700		112	14	105

(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、責任者のみに計上すること(常駐できる責任者を最低1名配置すること)。