

<<申請者>>

団体名	●●食堂		
代表者氏名	多治見 太郎		
所在地	多治見市音羽町 1 - 2 3 3		
電話番号	0572-00-0000	FAX 番号	0572-00-0000
Email	kodomosyokudou@mail		
担当者	多治見 太郎		
担当者連絡先	090-0000-0000		

1. 実施事業

実施する事業 (複数の場合は、 複数にチェック)	☒ 子ども食堂、フードパントリー事業 ☐ 上記以外の衣食住等に関する支援 ☐ 子どもに学習機会を提供する事業 ☐ その他事業 ()
事業開始(予定) 年月日	令和 5 年 1 0 月 1 5 日

該当の事業にチェックを入れてください

2. 成果目標

子ども食堂の利用者数 1 回につき子ども 7 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) 子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) 市の子どもの貧困対策を推進（数値目標がない）、子ども食堂を○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 太郎	役職	代表
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)		☐ 1. 営業許可取得済 ☐ 2. 営業許可申請中・申請予定 (年 月申請) ☒ 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	8 人	大人	8 人	子ども	人

5. 実施予定回数、利用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	その他利用者（人）※延人数			1 回の 実施時間	配置スタッフ（人） ※延人数		
		計	計	内訳			計	内訳	
				子ども	保護者 高齢者 障がい者			責任者	ボラン ティア
4 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
5 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
6 月	1	2	9 0	4 0	参加予定者 （定員やこれまでの実績から算出してくださ い）				
7 月	1	2	9 0	4 0					
8 月	3	7	2 7 0	1 2					
9 月	1	1	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
1 0 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
1 1 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
1 2 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
1 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
2 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
3 月	1	2	9 0	4 0	5 0	12:00～13:00	8	1	7
合計	14	28	1260	560	700		112	1 4	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人配置すること。)