

事業計画画書

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
〇〇〇会	〇〇食堂	多治見市〇〇町〇丁目〇番地	平成29年 5月 1日

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 15 名	その他 の 子ども 435 名	その他 (保護者、高齢者、 障がい者等) 150 名	合計 600 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 checked="" 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		学習支援 の 実施主体 (左記で 「1」～ 「3」を選 択した場 合)	
	<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. 上記以外の取組 (独自のプラン)			

2. 実施責任者について (※開催時間中常駐すること。)

責任者氏名	〇〇 〇〇	役職	調理リーダー (栄養士)
-------	-------	----	--------------

(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。

3. 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	<input checked="" 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	12 名	大人	150 名	子ども	450 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る。

(注) 購入予定の備品の内容・価格が分かる資料を添付すること。

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

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	うち高齢者 障がい者		計	責任者	ボラン ティア
4月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
5月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
6月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
7月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
8月	2	2		58	20	16:00~20:00	24	2	22
9月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
10月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
11月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
12月	2	2		58	20	16:00~20:00	24	2	22
1月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
2月	1	1		29	10	16:00~20:00	12	1	11
3月	2	2		58	20	16:00~20:00	24	2	22
合計	15	15		435	150		180	15	165

(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)。