

寝屋川市子ども食堂支援事業補助金事業計画書

団体名

子ども食堂の 名称	
事業の目的	<input type="checkbox"/> 会食形式で実施する。(該当する場合はチェックを入れてください)
実施場所	寝屋川市 <input type="checkbox"/> 子ども食堂を実施することについて、施設管理者に使用許可を取っています。(使用許可を取った場合はチェックを入れてください) ※市から確認させていただく場合があります。
取組内容	実施開始時期 ※支援事業開始以降の実施時期： 年 月
	実施予定回数：週/月 回 (令和9年3月までで合計 回実施)
	実施予定頻度 (例：毎週●曜日、毎月●日など)
	実施予定時間 : ~ : 【2時間以上】
	スタッフ数について (役員を含む)
	約 人 <input type="checkbox"/> 団体が暴力団に該当しておらず、また、団体構成員が暴力団員又は暴力団密接関係者ではない。(該当する場合☑)
	利用人数見込みについて
	1回あたり 人 (子ども 人、大人 人) 1回あたりの準備食数 食【10食以上】
	費用徴収
	子ども 円【無料】※支援事業開始以降の料金 / 大人 円
食事の内容等	おおよそのメニューや栄養バランスの考え方について

食事の内容等	食材の調達手段について 該当項目に☑ 複数回答可
	<input type="checkbox"/> 農園、民間企業等から無償提供 <input type="checkbox"/> フードバンク利用 <input type="checkbox"/> 市補助金のみで賄う
衛生管理、子ども安全管理への取組	食品衛生責任者（資格を証明するものの写しを添付してください） 【必ず1名置いて下さい】※ 複数人いる場合は、全員の氏名を記入 ①栄養士、②調理師、③食品衛生責任者養成講習会受講者、④その他
	氏名（該当番号）
	保健所への相談
	<input type="checkbox"/> 保健所に届出を行いました。（届出を行った場合はチェックを入れてください） ※控え書を確認することがあります。
	アレルギー対策について記入してください。 （子どもが誤飲することがないように配慮）
	事故等の対策について
活動経過	<input type="checkbox"/> 保険の加入を行います。（該当する場合はチェックを入れてください） ※控え書を確認することがあります。
	子ども食堂の運営に関して変更した点は必ず記入してください

子どもの 居場所づくり と見守り	食事の提供以外の取組について具体的に記入してください
期待される 効果	子どもの居場所づくりと見守りで期待される効果について
情報発信	事業を周知・啓発・PRする方法
事業の継続に 関する考え方	安定かつ継続的に活動するための取組

令和8年度事業スケジュール（補助事業に関するスケジュールのみ）

	実施予定回数	実施の概要
4月	回	日時： 実施内容：
5月	回	日時： 実施内容：
6月	回	日時： 実施内容：
7月	回	日時： 実施内容：
8月	回	日時： 実施内容：
9月	回	日時： 実施内容：
10月	回	日時： 実施内容：
11月	回	日時： 実施内容：
12月	回	日時： 実施内容：
1月	回	日時： 実施内容：
2月	回	日時： 実施内容：
3月	回	日時： 実施内容：

実施予定回数（補助対象となる令和8年4月以降の実施予定回数）の年度合計

回

計画に基づく申請補助額

①運営経費（1回7,000円×実施予定回数） 金 円

②開設経費（新たに補助金の交付を受ける団体のみ） 金 円

合計①+② 金 円