**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 | □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 |
| □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８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□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 |
|  |
| 食材の調達手段について　該当項目に☑　複数回答可 |
| □農園、民間企業等から無償提供　□フードバンク利用□市補助金のみで賄う |
| 衛生管理、子どもの安全管理への取組 | 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 |
| □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配慮） |
|  |
| 事故等の対策について  |
| □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。 |
| 活動経過 | 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７年度事業スケジュール【８月開始分】

（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 |
| 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７年８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