

様式第2号（第9条関係）

補助対象事業計画書

1 運営団体

団体名	
代表者名	
団体住所	
団体連絡先（TEL/FAX）	
（メールアドレス）	

※以下、運営することも食堂等が複数ある場合には、「2 事業概要」、「3 事業の詳細」、「4 年間事業計画」をその数だけ作成すること

2 事業概要

申請経費	<input type="checkbox"/> 運営補助 <input type="checkbox"/> 特別補助 <input type="checkbox"/> 衛生管理補助		
区分	<input type="checkbox"/> 飲食業 <input type="checkbox"/> それ以外（ <input type="checkbox"/> 食事型 <input type="checkbox"/> 市販品型）		
こども食堂等名称			
開設場所	市川市		
利用施設名 ※写真（内観・外観）を添付			
面積、最大収容人数	㎡、 名		
開設日（第1回開設日）	年 月 日		
開設日・開設時間		開設頻度	月 回
1回あたりの利用想定人数	名程度		
運営責任者	氏名	連絡先	
食品衛生責任者	氏名		
保健所への営業許可・届出	許可 ・ 届出 ・ 不要 (保健所への相談日 年 月 日)		
運営スタッフの人数	名		
加入する傷害保険等			

3 事業の詳細

① 基本的な考え方

② スタッフ

③ 広報の方法

④ 食材確保

⑤ 食事のメニュー

⑥ 利用者負担

無 ・ 有 (1回あたり 大人 円、子ども 円)

⑦ 居場所づくり (学習支援・遊び場の提供・生活指導等)

⑧ 安全管理

⑨ その他の提案

⑩ 事業の継続に関する考え方

4 年間事業計画

開設月	開設予定回数	参加見込み人数（うち市内の数）	
		子ども	保護者等
4月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
5月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
6月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
7月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
8月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
9月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
10月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
11月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
12月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
1月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
2月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
3月	回	延べ 人（ 人）	延べ 人（ 人）
合計	回	人（ 人）	人（ 人）