

事業実施報告書

実施団体名	こども食堂の名称	こども食堂の所在地	こども食堂 運営開始年月日	補助金申請年度

1. こども食堂の実施内容について

実施団体名	団体所在地			
こども食堂の名称	こども食堂の実施場所			
団体代表者名	こども食堂の主な責任者名			
補助事業実施期間	年 月 日 ~		年 月 日	
参加者実人数	支援を必要とする こども 人	その他のこども 人	その他 (保護者・高齢者等) 人	合計 人
事業従事者実人数	責任者 人	団体 スタッフ 人	ボランティア 人	合計 人
一食当たりの料金	大人 円	こども 円	無料の場合は0円と記載してください	
食物アレルギーの 有無の確認方法	□1. 書面 □2. 口頭 □3. その他 ()			

実施日	食事提供以外の支援 1学習支援 2リクリエーション 3相談 4その他	支援を必要とする こども (人) ※延人数	その他参加者(人)※延人数			実施時間	配置スタッフ(人)※延人数		責任者氏名
			計	内こども	内保護者		内その他	計	
4月						：～：			
5月						：～：			
6月						：～：			
7月						：～：			
8月						：～：			
9月						：～：			
10月						：～：			
11月						：～：			
12月						：～：			
1月						：～：			
2月						：～：			
3月						：～：			
合計	日								

(注1) 「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。）。

(注2) 行が不足する・余る場合は、適宜追加・削除すること。

(注3) 上記の各項目を満たせば、任意の様式の添付することでも差し支えない。

3. 利用者等の安全確保等について

事業終了時の保健所による飲食店の営業許可等	□1. 営業許可取得済 □2. 営業許可申請中・申請予定 □3. 保健所に相談した結果営業申請の必要なし		
傷害保険(ボランティア保険)の加入者数(必須)	責任者・スタッフ・ボランティア 人	利用者合計 人	大人 人 こども 人

(注) 保健所による飲食店の営業許可等について状況がわかる書類を添付すること。

(注) 加入した保険の資料等(コピーをとったもの)も添付すること。

4. 価格30万円以上の備品購入の有無 ※こども食堂事業の実施に直接関係するものに限る。

□有り (購入時期： 年 月)		□無し
品名		
金額		

(注) 備品の内容・価格が分かる資料を添付すること。

(注) 要綱に違反したことが判明した場合には、交付決定の取消しを行うとともに、交付済みの補助金の返還を求めることがある。