

新座市こども食堂等食材費補助金交付申請書

（申請先）新座市長 宛て

（申請者）

団体の名称及び 代表者の氏名 <small>（法人にあっては 名称及び代表者名）</small>	
住所 <small>（法人にあっては所在地）</small>	
電話番号 <small>（日中に連絡の取れる番号）</small>	

新座市こども食堂等食材費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

1 補助金の申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 新座市こども食堂等食材費補助金交付事業実施計画書（様式第2号）
- (2) 新座市こども食堂等食材費補助金交付事業収支予算書（様式第3号）
- (3) 新座市こども食堂等食材費補助金交付事業団体調書（様式第4号）
- (4) 団体の会員名簿
- (5) 組織及び運営に関する事項を定めた会則、規約その他の活動内容が分かる書類
- (6) 事故、食中毒等が発生した場合に対応可能な保険の加入が確認できる書類
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 補助金の振込先口座（口座番号等の分かる預金通帳等の写しを添付すること。）

金融機関名・支店名	
預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
口座番号	
口座名義（かた）	

様式第2号（第7条関係）

新座市こども食堂等食材費補助金交付事業実施計画書

1 こども食堂等の名称・事業内容等

名称	
事業内容	
実施場所	

2 事業の概要

実施日（期間）		
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月・年	回
	<input type="checkbox"/> 不定期（	）
実施回数	合計	回
周知の方法	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他（	
チラシの配布先		
1回当たりの 参加予定人数	子ども	人
	子どもの保護者等	人
	ボランティア	人
	スタッフ	人
	合計	人
食事代	子ども <input type="checkbox"/> 徴収しない <input type="checkbox"/> 徴収する（	円）
	保護者等 <input type="checkbox"/> 徴収しない <input type="checkbox"/> 徴収する（	円）
衛生面への配慮	手洗い <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 消毒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食品衛生管理者の配置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
安全面への配慮	アレルギーの確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 緊急連絡先の確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
こども食堂等の実績	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
令和9年度の 活動予定	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 実施しない	

様式第3号（第7条関係）

新座市子ども食堂等食材費補助金交付事業収支予算書

子ども食堂等の名称 _____

1 収入

費目	予算額	説明
合計	円	

※ 国、埼玉県等による補助制度等の適用を受けるとき又は受けようとするときは、記載してください。記載のない場合についても、市から補助制度等の実施機関等へ確認することがあります。

2 支出

費目	予算額	説明
合計	円	

※ 収入の合計と支出の合計が同額になるようにしてください。

様式第4号（第7条関係）

新座市子ども食堂等食材費補助金交付事業団体調書

1 団体の概要

団体の名称	
団体の住所	
団体の結成年月日	
団体の運営目的	
構成員の人数 (うち、子ども食堂等に携わる人数)	人 (人)
代表者の氏名	
代表者の住所	
代表者の電話番号	
担当者の氏名	
担当者の連絡先（電話番号）	
担当者の連絡先（E-mail）	
主な子ども食堂等の実施場所	

2 過去1年間の主な活動実績

活動時期	活動場所