

えひめ子どもサポート事業補助金申込書

ふりがな 団体等名			
代表者氏名	役職名		結成時期 年 月
	ふりがな 氏名		活動期間 年 月 (令和8年4月1日現在)
事務所所在地	(〒 -) TEL - - FAX - -		
連絡先	(〒 -) TEL - - FAX - - 担当者名 : E-mail :		
団体等の人員	常勤役職員	人	団体等の会員数 人
	その他役職員 (事業執行担当者)	人	
団体年間予算 (前年度)	収 入	円	
	支 出	円	
団体の活動 内 容	(主たる活動分野、これまでの活動内容など)		
団体等 HP	有 (URL:) ・ 無		
団体等 SNS	有 (SNSの種類: アカウント名:) ・ 無		

えひめ子どもサポート事業補助金事業提案書

団体等名			
代表者氏名		担当者 名	
事業名			
事業の種類 〔 どれか一つに○をつけてください。 〕	(1) 学びを支援する事業 (2) 子どもや親を対象とした居場所づくりや相談支援を行う事業 (3) 衣食住などの生活の支援を行う事業 (4) 児童又はその保護者の就労を支援する事業 (5) その他子育て支援に資する事業 (6) 【子ども食堂枠】子ども食堂の運営事業		
1 事業実施にあたっての目的・ねらい			
2 事業内容			
(1) 概要			
(2) 実施予定場所			
(3) 実施予定時期、スケジュール			

3 事業実施体制及び進行管理方法			
4 対象者の範囲・参加予定人数 等			
5 事業を実施することによる予想される効果			
6 来年度以降の当該計画事業の予定			
提案事業に係る他の補助金、助成事業等への応募状況（応募予定を含む）		<input type="checkbox"/> 「三浦保」愛基金公募事業 <input type="checkbox"/> 愛媛県NPO法人活動助成事業 <input type="checkbox"/> その他 ※国、市町、団体事業等 ()	
記載いただいた団体等名や活動内容等の情報については、公表又は行政機関や福祉関係団体への提供をさせていただく場合があります。		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
【子ども食堂枠申込団体のみご記入ください】※①は該当する場合☑してください。			
①参加者及びスタッフの傷害保険に加入済み または 行事ごとに加入予定である。			<input type="checkbox"/>
②保健所が実施している食品衛生管理に関する講習または研修の受講状況について			
講習及び研修名		受講日	受講人数
受講済		年	月
		日	名
受講予定		年	月
		日	名

【添付書類】

団体等の概要が分かるパンフレットや規約・役員名簿等があれば添付すること。

収 支 予 算 書

1 収入の部

区 分	予算額 (円)	内 訳
補助金		
〇〇収入		
自己資金		
合 計		

2 支出の部

区 分	予算額 (円)	内 訳
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
負担金		
合 計		