

神奈川県知事 殿

申請者 住所
 団体名
 代表者名

神奈川県子ども食堂応援事業協力金 支給申請書

次のとおり、神奈川県子ども食堂応援事業協力金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 団体等の概要

団体名 (団体名がない場合は空欄)	
代表者氏名	フリガナ ----- 氏名
連絡先 (こちらの連絡先に県から確認の連絡、通知等の送付をします)	担当者(フリガナ): 住所: 〒 — 電話: () ・日中、県からの連絡がとれる電話番号を御記載ください。 FAX: () メールアドレス:
団体種別 [] に○を記入、その他の場合は具体的に記入	社会福祉法人 [] NPO法人 [] 任意団体 [] 医療法人 [] 学校法人 [] 宗教法人 [] 個人 [] その他 []

2 子ども食堂の概要

名称	
活動開始年月	年 月
開催場所	
開催日時 (定期/不定期)	
開催形式 [] に○を記入	会食 [] 弁当配付 [] 食材配付 []

利用人数（定員）	
料金	子ども [] 円 大人 [] 円
保険の加入 該当する項目に、□内にレ印を記入してください	<input type="checkbox"/> 加入している { 保険の名称 [] <input type="checkbox"/> 食中毒等に対応した保険 <input type="checkbox"/> ケガや事故等に対応した保険 <input type="checkbox"/> 加入していない
保健所への届け出等 該当する項目に、□内にレ印を記入してください	<input type="checkbox"/> 飲食店営業の許可を受けている <input type="checkbox"/> 給食施設報告書の届出をしている <input type="checkbox"/> 許可又は届出対象外だが、保健所へ相談をしている

3 誓約事項

協力金の支給に係る次の事項に同意する場合は、□内にレ印を記入してください。

- コロナ禍の経験を活かした取り組みに対応した子ども食堂の活動を行います。
- 食事の提供にあたっては、食品事故防止に努め、必要な衛生管理を徹底します。
- 食物アレルギーを原因とした事故等の発生防止に努めます。
- 子ども食堂の利用者に対し、県が指定する広報チラシを配布します。
- 県ホームページ「子どもの居場所ポータルサイト かながわスマイルテーブル」兼「子育て支援情報サービスかながわ」に登録します。
- 協力金の支給を受けた日から起算して60日以内に、神奈川県子ども食堂応援事業協力金活動報告書（第5号様式）を県に提出し、又は支給決定者が運営するホームページ等により活動報告書に記載すべき事項を発信します。

【添付資料】

- ① 神奈川県子ども食堂応援事業協力金活動計画書（第2号様式）
- ② 神奈川県子ども食堂応援事業協力金口座振込依頼書及び振込先口座の通帳等の写し
- ③ 「子どもの居場所ポータルサイトかながわスマイルテーブル」・「子育て支援情報サービスかながわ」への情報掲載依頼書兼誓約書