令和7年度こども食堂誕生日会・福産品応援事業

　こども食堂赤い羽根バースデイ＆野菜ギフト助成　応募用紙

**ＦＡＸ：０５４－２５１－３５１６　オールしずおかベストコミュニティ　担当者 行**

**※部分は必須項目です。未記入の場合は受付できません**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **フリガナ** |  |
| **※団体名** |  | **※代表者氏名** |  |
| **フリガナ** |  | **こども食堂****活動開始年月** |  |
| **※名　称** |  |
| **連絡先****(必ず連絡が取れる番号を記入)** | **※住 所** | 〒　　 -　 |
|  |
| **※TEL** |  | **※担当者名** |  |
| **※携帯電話** |  | **FAX** |  |
| **mail** |  |
| **※こども食堂****会場住所****(当日お届けする場合の住所)** | 〒 |  - |
|  |
| **(ビル名等)** |  |
| **お届け当日連絡の取れる電話番号** | 　　　　　　　　―　　　　　　　― |
| **参加費** | ・無料 | ・有料　➔　金額 | **こども** | 円 | **おとな** | 　円 |
| **開催頻度** | ・月 | 　 回 | **開催日**　例：第○△曜日など |  |
| ・週 | **開催時間** |  |
| **1回あたりの****平均参加人数****(直近5回)** | **児童利用者数****(高校生まで)** | **大人利用者数** | **利用者合計** | **ボランティア数** |
| **名** |  | **名** | **名** |
| **※利用者合計は、児童＋大人の利用者数を記入してください** |
| **野菜のお届け希望の****誕生日会の予定日****（最大３回まで記入）** |  |  | **10月** |  |
|  |  | **11月** |  |
| **6月** |  | **12月** |  |
| **7月** |  | **1月** |  |
| **8月** |  | **2月** |  |
| **9月** |  |  |
| **※予定日の変更があった場合には、速やかにご連絡ください** |
| こども食堂活動状況 |
| **寄付の受入****(内容)** |  |
| **ボランティア** |  |
| **要望****その他** |  |

※応募多数の場合は、すべての計画に助成できないことがあります。

**※実施報告は、初回用と最終用があります。誕生会の開催後(10日以内)に必ず提出願います。**

※記入された情報は、オールしずおかベストコミュニティと静岡県共同募金会で共有します。