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** | **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** |
| **お菓子のお届け希望の****誕生日会の予定日****（最大６回まで記入）** | **4月** |  | **10月** |  | **アレルギー等有無****（有りの場合該当箇所に〇）** | 卵 |  |
| **5月** |  | **11月** |  | 乳または乳製品 |  |
| **6月** |  | **12月** |  | 小麦 |  |
| **7月** |  | **1月** |  | そば |  |
| **8月** |  |  **2月** |  | ピーナッツ |  |
| **9月** |  |  | その他（下記に記入） |
| **※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** |  |
| **贈呈希望****いずれかに○** | **デコレーションケーキ** |  |
| **焼き菓子** |  |
| **デコレーションケーキ＋焼き菓子** |  |
| **※季節など諸事情によりご希望に沿えない場合があります** |
| 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。