基本枠事業計画書

１　申請者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 代 表 者 | ※法人のみ記載 |
| 設置者の組織形態（該当欄に〇をする） | | 法人 個人 その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 所 在 地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| URL |  | E-mail |  |

２　施設について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | | |
| 代 表 者 |  | 担 当 者 |  |
| 開 設 日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 所 在 地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| URL |  | E-mail |  |

3　事業の概要

（１）施設の設置目的

　　※不登校児童生徒等に対する相談・支援を行うことが主たる目的である必要があります。

（２）施設の相談・指導内容（現在、力を入れている点など）

（３）通常の日の時間割（スケジュール）及び課外活動

（４）本補助金交付により、充実させたい取組

（５）相談・支援時間（開所時間）

※原則、週３日以上、平日の日中に相談・支援を行っていることが必要です。

　【平日の開所時間】

|  |  |
| --- | --- |
| 曜　 日 | 〇曜日、〇曜日、〇曜日、〇曜日 |
| 時 間 帯 | 時　　分から　　時　　分　まで |

（６）入会金、授業料（月額・年額等）

　　※入会金・授業料（月額・年額等）が明確であることが必要です。

（７）職員体制

　　※年間を通して、指導に必要な職員を複数人（代表者を含む）有している必要があります。

【申請日時点】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員数 | 常勤（代表者含む。） | 人 |
|  | 非常勤職員  　うち（Aさん：〇月～〇月）　雇用契約（済・未）  　　　（Bさん：〇月～〇月）　雇用契約（済・未）  　　　（Cさん：〇月～〇月）　雇用契約（済・未） | 人 |
|  | ボランティア | 人 |

【昨年度実績】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員数 | 常勤（代表者含む。） | 人 |
|  | 非常勤職員  うち（Aさん：〇月～〇月）  　　　（Bさん：〇月～〇月）  　　　（Cさん：〇月～〇月） | 人 |
|  | ボランティア | 人 |

（８）児童生徒数（R6.4～R7.５）

　　※施設として１年間以上の相談・支援の実績が必要です。　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | R6  ４ | R6  ５ | R6  ６ | R6  ７ | R6  ８ | R6  ９ | R6  10 | R6  11 | R6  12 | R7  １ | R7  ２ | R7  ３ | R7  ４ | R7  ５ | 計 |
| 小 学 生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中 学 生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小 学 生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中 学 生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※上段欄には、各月１日時点で在籍している児童生徒数を入力してください。（ただし、在籍している

ものの、該当月に１日も相談・支援の実績がなかった児童生徒の人数を除く。）

下段欄には、上段欄記載の人数のうち、指導要録上の「出席扱い」となった人数を記載してください。

（９）保護者及び学校との連携

　　※月１回程度、保護者及び学校への適切な情報提供が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校  連携 | 頻度 | 週１回 |  | 月２回 |  | 月１回 |  | その他（　　　　　　） |  |
| 方法 | 電話 |  | 文書(FAX) |  | 訪問 |  | その他（　　　　　　） |  |
| 保護者連携 | 頻度 | 週１回 |  | 月２回 |  | 月１回 |  | その他（　　　　　　） |  |
| 方法 | 電話 |  | 文書(FAX) |  | 訪問 |  | その他（　　　　　　） |  |

※該当欄に〇を記入。複数回答可。

（10）他補助金の活用の有無（国・地方公共団体等が実施するもの）

　　　「有」の場合　　　「無」の場合は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 補助実施団体（例：〇市〇課） |  |
| 補助金名 |  |
| 補助の内容（補助対象経費） |  |
| 当該補助金に関する問合せ先 | 担当者名：　　　　　電話番号： |