

## 事業計画書

団体名	〇〇法人 〇〇〇
代表者名 (担当者名)	〇〇 〇〇 (〇〇 〇〇)
連絡先	TEL: 〇〇〇 Mail: 〇〇@〇〇〇

実施場所 (会場等の住所)		明石市〇〇町〇番地〇		
事業の目標		※事業の目標をご記入ください。 例) ひきこもりを理解したスタッフが寄り添って話し相手になりながら、ボードゲームや軽運動といったレクリエーションの機会を通じ家族以外の信頼できる相手との交流や、利用者の状況に応じた就労体験をすることで、ひきこもりの方が徐々に社会とつながっていくきっかけづくりを行います。		
事業内容・支援体制		※年間の予定開催日やスタッフの人数、事業内容等、具体的にご記入ください。		
加算対象事業	就労体験・訓練などの就労(準備)支援	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 具体的内容：※事業内容等、具体的にご記入ください。		
	メタバース(仮想空間)を活用した支援プログラムの提供	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 具体的内容：		
スケジュール		実施期間	令和7年4月～令和8年3月	
		時期	場所	実施内容
		4月～3月	上記実施場所	定例の居場所支援
		7月～9月	近隣公園	散歩、自然観察 等
		9月～11月	近隣公園、体育館	散歩、自然観察、屋外での軽運動 等
		12月～2月	事業所等	就業体験
参加者の募集方法及び見込み人数		※募集方法や利用見込み人数等について具体的にご記入ください。 ●募集方法： ●見込み人数：約 名		

個人情報の保護	※管理場所や管理方法についてご記入ください。		
緊急時の対策	※緊急時の対応や避難方法等に関してご記入ください。		
スタッフ研修の 機会 (予定含む)	○月○日 ○月○日	スタッフ 3 名 スタッフ 5 名	ひきこもり〇〇研修 明石市ひきこもり出前講座 ※予定している研修をご記入ください。

※加算対象事業を実施しない場合は、基本額（700 千円）が補助上限額となります。