

(様式3)

令和8年度秋田市食の自立支援事業計画書

法人（団体）名 法 人 住 所	
実 施 施 設 名 実施施設住所	
実施施設管理者等	
事 業 担 当 者 名 連 絡 先	電話： FAX：
1 食の料金 の目安	円 ※提供しようとする食事の種類が複数ある場合、最低料金と最高料金を記載してください。（例：400円～600円）
配達地域	