（様式３）

令和７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	