様式第１（第３条関係）

　　　年　　月　　日

東浦町長

申請者（事業者）所在地

氏名（又は名称）

代表者氏名

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等基準適合審査申請書

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき、対象施設等の基準適合審査を受けたいので、以下のとおり関係書類を添えて申請します。

**１　設置者・施設等に関する事項について記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 設置主体 | □　法人  □国立大学法人　　□公立大学法人　　□学校法人　　□社会福祉法人  □株式会社　　　　□ＮＰＯ法人　　　□その他法人  □　法人以外  □個人　　　　　　□任意団体 |
| 設置者名 |  |
| 設置者の  所在地等 | 〒　　　－  TEL：　　　－　　　－　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 代表者名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　職名： |
| 施設等の種類 | * 児童福祉法第59条の２第１項の規定による届出対象施設   （うち、認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付の有無　□有　□無）  （うち、企業主導型保育事業による運営費助成（予定）の有無　□有　□無）   * 上記以外の施設 |
| 施設等の名称 |  |
| 施設等の所在地等 | 〒　　　－  TEL：　　　－　　　－　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 施設等の管理者名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　職名： |
| 事業開始年月日 | 年　　月　　日 |

**２　運営に関する事項について記入してください。**

**（１）開園（開校）曜日（開園・開校している曜日全てにレ点を記入）**

　□日曜日　　□月曜日　　□火曜日　　□水曜日　　□木曜日　　□金曜日　　□土曜日

※　施設が満３歳以上の小学校就学前のすべての幼児を対象として提供している標準的な開所時間を記載してください。

（（２）及び（３）も同様）

**（２）開園（開校）期間　　　　　週／年間**

**（３）開園（開校）時間**※２４時間表示で記入

|  |  |
| --- | --- |
| 曜日 | 開園・開校時間 |
| 平日 | ～ |
| 土曜日 | ～ |
| 日曜日 | ～ |

**（４）利用定員と現員（　　　　年５月１日時点）※１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | ０歳児 | １歳児 | ２歳児 | ３歳児  (※３) | ４歳児 | ５歳児 | ６歳児  (就学前) | 合計 | (A)に対する  (B)の割合  (B)/(A)  (※５) |
| 定員(※２) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現員 |  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  | **(A)** |
| 現員　計 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現員のうち  無償化対象 |  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 市・区  町・村 |  |  |  |  |  |  |  | **(B)** |
| 無償化対象　計(※４) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　申請日が属する年度の前年度５月１日時点の人数を記入してください。また、３歳以上の現員（おおむね１日４時間以上８時間未満、週５日以上かつ年間39週以上利用する幼児のみ) については、付表で内訳を提出してください。

※２　定員について特に定めが無い場合、施設・設備や職員配置を考慮して同時に利用可能な人数を記入してください。

※３　満３歳児の定員及び現員数は、「３歳児」欄に記入してください。

※４　３歳以上の現員のうち、子育てのための施設等利用給付を受給している幼児の人数を記載してください。

※５　本欄の数値が**おおむね50％を上回る施設等は、対象施設等とはならない**ことに留意してください。

**（５）利用料金等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 利用料（保育料）※ | | | |
| 年額 | 月額 | 半期 | その他 |
| ３歳児 | 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| ４歳児 | 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| ５歳児 | 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 年度 |  |  |  |  |
| 利用料（保育料）以外の料金  （年額で記入） | | 総額 | 入園料 | 教材費 | 給食費 |
|  |  |  |  |
| 行事費 | 通園送迎費 | （　　　　　） |
|  |  |  |

※　申請日が属する年度及びその前年度以前過去３か年の利用料を記入してください。

**（６）職員の配置（　　　　年５月１日時点）※１**

①園長・施設長　　□常勤　　□非常勤　　　　人（　　　　人 常勤換算人数(※２)）

〔集団活動への従事〕□従事する（資格等欄にも記入してください。）　□従事しない

〔資格等〕□幼稚園教諭免許　□保育士　□看護師　□准看護師

□基準で定める研修修了者　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

②集団活動従事者　常勤　　　　人　非常勤　　　　人（　　　　人 常勤換算人数(※２)）

総数　　　　人

〔資格等別の内訳〕

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格等 | 常勤 | 非常勤 | | 合計 | |
| 実人数 | 換算人数 | 実人数 | 換算人数 |
| 幼稚園教諭免許 |  |  |  |  |  |
| 保育士 |  |  |  |  |  |
| 看護師 |  |  |  |  |  |
| 准看護師 |  |  |  |  |  |
| 基準で定める研修修了者 |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

③その他の職員　　常勤　　　　人　　非常勤　　　　人　　総数　　　　人

〔資格等別の内訳〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格等 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
| 調理員 |  |  |  |
| その他（　　　　　　　） |  |  |  |
| その他（　　　　　　　） |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

※１　申請日が属する年度の前年度５月１日時点の人数を記入してください。

※２　１日の勤務時間数を８で除した常勤換算後の人数を記入してください。

**（７）施設・設備の現況（有する場合）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居室等の  設置状況 | 室名 | 集団活動室 | 調理室 | 便所 | その他  （　　　　） | 合計 |
| 室数  面積等 | 室  ㎡ | 室 | 室  便器　　　 個 | 室 | 室  ㎡ |
| 屋外遊戯場  （園庭） | | 有（　　　㎡） | | 無（付近に代替可能な場所　有・無　） | | |
| 建物の構造 | | 鉄骨造　　鉄筋コンクリート造　　れん瓦造　　木造  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

**（８）非常災害に対する措置**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 非常災害に対する計画 | 有（消防計画：　年　月　日届出、その他の計画（内規等）） | | 無 |
| 防災（避難・消火等）訓練 | 実施（実施回数　　回/年） | | 未実施 |
| 集団活動室が２階にある | 適（耐火建築物又は準耐火建築物） | | 不適 |
| 集団活動室が３階以上にある | 適（耐火建築物） | | 不適 |
| 建物がない場合の  非常災害に対する対策 | 有 | （※具体的な対策の内容を記載） | 無 |

**（９）健康管理・安全確保**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日々の健康観察 | 実施 | （※実施内容を簡潔に記載） | | 未実施 |
| 健康診断（幼児） | 実施（　　回／年）  ※他機関で実施したもの、診断書の提出も実施に含める。 | | | 未実施 |
| 健康診断（職員） | 実施（　　回／年）  ※他機関で実施したもの、診断書の提出も実施に含める。 | | | 未実施 |
| 常備している医薬品等 | 有 | （※主な医薬品等の種類を記載　例.消毒液、絆創膏等） | | 無 |
| 安全管理マニュアル | 作成 | | | 未作成 |
| 保険加入 | 加入 | 保険の種類 | 賠償責任保険・傷害保険  ・その他（　　　　　　） | 未加入 |
| 補償の内容 |  |

（添付書類）

・有資格者等について、その資格等が確認できる免許状や登録証の写し等

・職員の勤務体制が分かる勤務割表等

・施設の平面図（消火器は○印、消火栓は「栓」の字、非常口は「非」を平面図上に記入）

・利用案内、パンフレットの類

（利用料がわかるものは申請日が属する年度及びその前年度以前過去３か年分が必要。）

・年間の活動計画、幼児の健康管理・安全管理等が分かる書類、保険会社との契約書類の写し

・認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の写し又は基準への適合(見込み)状況を

説明する書類

様式第１（第３条関係）付表

# 対象施設等基準適合審査申請書　付表（現員の内訳書）

（　　　年５月１日時点）



※１　内訳書の順は、「幼児の在住市町村」ごとに、歳児クラスごとの幼児名（フリガナ）の五十音順に記入してください。

※２　「歳児クラス」欄は、該当するクラスに○印を記入してください。

※３　対象施設等におおむね１日４時間以上８時間未満、週５日以上かつ年間39週以上利用する幼児のみ記載してください。

※４　「無償化対象の有無」欄は、幼児の保護者が子育てのための施設等利用給付を受給している場合は「対象」欄に〇、受給していない場合は「対象外」欄に〇を記入してください。

様式第２（第４条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

## 東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等決定通知書

年　　月　　日付けで申請がありました東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業象施設等基準適合審査について、次のとおり対象施設等として決定しましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 設置者名 |  |
| 設置者の住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設等の名称 |  |
| 決定年月日 |  |
| 対象幼児の月額給付基準額 | 月額　　　　　　　円／幼児１人 |
| 備　考 |  |

様式第３（第４条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

　　　東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等基準適合審査

　　　申請却下通知書

　　　年　　月　　日付けで申請がありました東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等基準適合審査について、次の理由により申請却下となりましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 設置者名 |  |
| 設置者の住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設等の名称 |  |
| 却下年月日 |  |
| 却下の理由 |  |
| 備　考 |  |

様式第４（第５条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等取消通知書

　　　年　　月　　日付けで通知した東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業対象施設等基準適合審査の決定について、次の理由により対象施設等の決定を取り消しましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 設置者名 |  |
| 設置者の住所 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設等の名称 |  |
| 取消年月日 |  |
| 取消の理由 |  |
| 備　考 |  |

様式第５（第９条関係）

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

東浦町長

申請者　住所　東浦町大字

氏名

（電話　　　-　　　-　　　　）

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金の支給を受けたいので、次の事項について同意し、申請します。

【同意事項】

１．決定に当たって必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿、徴収金台帳等を町が閲覧及び調査すること。

２．申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定その他の附帯業務のために町が利用すること。

３．要綱に規定する内容を遵守すること。

１　申請者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 申請幼児との続柄 | １ 父 ２ 母  ３ その他（　　　　）注）該当番号を〇で囲み、その他の  場合は( )内も記入してください。 | 現住所 | 〒　　　－ |
| 氏名 |  |
| 連絡先※１ (電話番号) |  | □父携帯 □母携帯 □自宅 □その他（　　　　　） | | | |
|  | □父携帯 □母携帯 □自宅 □その他（　　　　　） | | | |

※１　連絡先（電話番号）欄は、確実に連絡がとれる順に記入してください。

２　申請幼児

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請  幼児  ※２ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 現住所  申請者と異なる場合のみ記入 | 〒　　　－ |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

※２　対象幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

３　利用した施設等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 所在地 | 〒　　　－  電話： |
| 施設・事業名 |  |
| 契約している利用料※３ | □月額　　　　　　円 □日額　　　　　　円 □時間額　　　　　　円 | | |

※３　該当箇所にレを記入し金額を記入してください。利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期等）場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定（10円未満端数切捨て）し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

４　支給申請額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給申請額 | | 金　　　　　　　　　　円（　　　　年　　　月～　　　　年　　　月分） | | | | | | |
| 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料  （ａ）※４ ※５ | 月額基準額  （ｂ）※６ | 請求額  （ａとｂを比較して小さい方）  （ｃ） | 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料  （ａ）※４ ※５ | 月額基準額  （ｂ）※６ | 請求額  （ａとｂを比較して小さい方）（ｃ） | 支給申請額  左記（ｃ）の合計 |
| ４月 |  |  |  | 10月 |  |  |  | 円 |
| ５月 |  |  |  | 11月 |  |  |  |
| ６月 |  |  |  | 12月 |  |  |  |
| ７月 |  |  |  | １月 |  |  |  |
| ８月 |  |  |  | ２月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  | ３月 |  |  |  |

※４　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（領収証等）を添付してください。

※５　利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期等）場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定（10円未満端数切捨て）してください。

※６　月額基準額は、町からの支給申請依頼で記載があった額を記入してください。

５　給付金の振込先※７

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関番号 |  |  |  |  | 金融機関名 | | | |  | 銀行・信用金庫・農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支店番号 |  |  |  | 支店名 | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種目 | | | □普通 □当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義(ｶﾀｶﾅ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※７　**申請者と口座名義が異なる振込先（対象施設等は不可）を指定する場合は、必ず下記に署名してください。**

私（申請者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。

申請者氏名：

様式第６（第９条関係）

月毎の在籍名簿

施設等名



※１　名簿の順は、歳児クラスごとに幼児名（フリガナ）の五十音順に記入してください。

※２　東浦町に住所を有する対象幼児について記入してください。

※３　「歳児クラス」欄は、該当するクラスに○印を記入してください。

※４　「幼児の在籍状況」欄は、幼児が月初に在籍した場合に、○印を記入してください。

※５　上記には、対象施設等におおむね１日４時間以上８時間未満、週５日以上かつ年間39週以上利用する幼児のみ記載してください。

様式第７（第10条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給決定通知書

　　　年　　月　　日付けで申請がありました東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金について、次のとおり支給することを決定しましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者(保護者)の氏名 |  | | |
| 申請者(保護者)の住所 |  | | |
| 申請幼児の氏名  及び生年月日 |  | 年　　月　　日生 | |
| 支給額 | 円 | 支給対象月 |  |
| 支払予定日 | 年　　月　　日 | | |
| 備　考 |  | | |

様式第８（第10条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金不支給決定通知書

　　　年　　月　　日付けで申請がありました東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金について、次の理由により不支給となりましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(保護者)の氏名 |  | |
| 申請者(保護者)の住所 |  | |
| 申請幼児の氏名  及び生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 | |
| 決定の理由 |  | |
| 備　考 |  | |

様式第９（第11条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　様

東浦町長

東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給決定取消通知書

年　　月　　日付けで決定した東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金について、次の理由により取り消しましたので、東浦町多様な集団活動事業の利用支援給付金支給事業実施要綱の規定に基づき通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(保護者)の氏名 |  | |
| 申請者(保護者)の住所 |  | |
| 申請幼児の氏名  及び生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 取消年月日 | 年　　月　　日 | |
| 取消の理由 |  | |
| 備　考 |  | |