

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 ☐ N P O 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 : — — メールアドレス :
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 : — — メールアドレス :
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									
現員 計									(A)	
無償化対象 現員のうち	市・区 町・村									
	市・区 町・村									
	市・区 町・村									
	市・区 町・村									
	市・区 町・村									
	市・区 町・村									
無償化対象 計(※4)									(B)	

※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	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