

( 記 入 例 )

※記入例は、対象児童数15人、常勤職員3人(保育従事者2人・調理員1人)の施設を想定して作成しています。(定員25名で想定)

認可外保育施設児童支援事業補助金交付申請書

前期申請は4/1~4/30・後期申請は5/1~9/30が申請期間

令和 年 月 日

(あて先) 福 岡 市 長

個人申請者は住所と代表者名のみ

住所・氏名は、振込口座の名義人と同一になるようにして下さい。

申請者の住所 ○○市○○区○○-○○-○○
申請者の団体名及び代表者の氏名
(又は氏名) 株式会社 ○○
代表取締役 ○○ ○○

令和 年度認可外保育施設児童支援事業について補助金の交付を下記のとおり申請します。
年度をご記入ください。

記

1 事業実施保育施設

Table with 2 columns: 施設名, 施設所在地. Facility name: ○○○○○○保育園. Location: 福岡市 中央 区 天神○○-○○-○○ (TEL ○○○ - ○○○○)

2 補助金の申請額

166,000 円

申請額...①と②の1,000円未満を切り捨てた合計金額

内訳

児童健康管理支援事業
(様式第1号-2の①の1,000円未満を切り捨てた金額) 121,000 円

職員健康管理支援事業
(様式第1号-2の②の1,000円未満を切り捨てた金額) 45,000 円

①121,080円の1,000円未満を切り捨てた金額(児童健康管理支援事業)

( 記 入 例 )

(様式第1号-2)

- 3 事業計画
  - ・ 児童健康管理支援事業
    - (1) 嘱託医の設置

前期申請は 4/1~3/31・後期申請は 10/1~3/31 が委託期間  
 開始日は委託契約書の契約開始日と同一の日付を記入

医療機関所在地	〇〇市 〇〇区 〇〇-〇〇-〇〇 (電話 - )
医療機関名	〇〇〇〇〇〇 医院
代表者名	〇 〇 〇 〇
委嘱期間	令和〇〇年 4 (10) 月 日~令和〇〇年 3 月 31 日

(2) 歯科健康診査

歯科健康診査	実施予定日	令和 〇〇 年 〇〇 月 予定
	医療機関名	〇〇〇〇〇〇 歯科医院

(3) 尿検査

尿 検 査	実施予定日	令和 〇〇 年 〇〇 月 予定
	対象児童数	5 人

- ・ 職員健康管理支援事業

※尿検査対象… 4歳以上

(1) 職員健康診断

受診予定	令和 〇〇 年 〇〇 月 予定
対象職員	3 人

(2) 調理員の検便

実施期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月
対象職員(対象児童数)	1 人 ( 15 人 )

(3) 職員の検便(上記(2)の調理員を除く)

実施期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月
対象職員	2 人

4 補助事業の執行に関する収支計画

区 分		金 額	説 明
収入の部	福岡市補助金収入	166,000 円	
	自己資金	680 円	
	計	☆ 166,080 円	
支出の部	児童健康管理支援事業	嘱託医設置費用	100,000 円
		歯科健康診査費用	18,080 円
		尿検査費用	3,000 円 5 人 × 600 円
		小 計	121,080 円 ……①
	職員健康管理支援事業	職員健康診断費用	21,600 円 3 人 × 7,000 円
		調理員検便費用	18,000 円 1 人 × 1,500 円 × 12 月
		職員検便費用	6,000 円 2 人 × 1,500 円 × 2 回
		小 計	45,000 円 ……②
計	☆ 166,080 円		

(注) ☆印は、それぞれ符合します。

上記人数と同数になっていますか？

保育施設状況書(様式第2号)を元に、漏れなく記入して下さい。