記入例

認可外保育施設児童支援事業補助金交付申請書

※黄色のセルのみ入力してください。

令和 △ 年 月 日

提出日を記入
前期申請は、4/1~4/30
後期申請は、5/1~9/30

(あて先) 福岡市長

申請者の住所 福岡市中央区天神○○△-△-△

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

申請者の住所・氏名は、振込口座の名義人と同一になるようにしてください。
会社等の代表者の場合は、「代表取締役」などの職名の記入をお願いします。

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、同意事項に同意の上、下記のとおり申請します。

記

1 事業実施保育施設

施設名	○○保育園
施設所在地	福岡市 中央 区 ○○△-△-△ (TEL 092 - ○○ - ○○)

・施設名
・施設所在地
・施設電話番号
を記入

2 補助金の申請額

166,000 円

内訳

・児童健康管理支援事業
(様式第1号-2の①)

121,000 円

・職員健康管理支援事業
(様式第1号-2の②)

45,000 円

入力不可。
「第1号-2」のシートに入力すると、自動的に数字がはいります。

3 同意事項

・福岡市認可外保育施設児童支援事業補助金実施要綱の第48条(市税の滞納)および第49条(暴力団の排除)の確認をするため、関係部署(福岡県警察、税務担当課)に照会することに同意します。

3 事業計画

・ 児童健康管理支援事業

(1) 嘱託医の設置

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

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

(2) 歯科健康診査

歯科健康診査	実施予定日	令和 〇 年 〇 月 予定
	医療機関名	〇〇歯科医院

(3) 尿検査

※尿検査対象・・・4歳以上

尿検査	実施予定日	令和 〇 年 〇 月 予定
	対象児童数	5 人

・ 職員健康管理支援事業

(1) 職員健康診断

受診予定	令和 〇 年 〇 月 予定
対象職員	3 人

(2) 調理員の検便

実施期間	令和 〇 年 〇 月 ~ 令和 〇 年 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 年 〇 月 ~ 令和 〇 年 〇 月
対象職員	2 人

保育施設状況書 (様式第2号) を
もとに、もれなく記入してくだ
さい。

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 (☆-★)	80 円		
	計	☆ 166,080 円		
支出の部	管理児童支援健康事業	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 600 円 × 5 人	
		小計	121,080 円	
	(1,000円未満を切り捨てた額)		121,000 円	・・・③
	管理職員支援健康事業	職員健康診断費用	21,000 円	7,000 円 × 3 人
		調理員検便費用	18,000 円	1,500 円 × 1 人 × 12 月
		職員検便費用	6,000 円	1,500 円 × 2 人 × 2 回
		小計	45,000 円	・・・④
		(1,000円未満を切り捨てた額)		45,000 円
計 (③+④)		☆ 166,080 円		
計 (①+②)	★ 166,000 円			

上記人数と同じになっている
か、確認してください。

(注) ☆および★印は、それぞれ符合します。

保育施設状況書

令和 年 月 日現在

様式第1号-1と同日もしくは様式第1号-1以前の日付で記入

施設名	〇〇保育園									
施設所在地	福岡市 中央 区 〇〇△-△-△ (TEL 092 - 〇〇 - 〇〇)									
運営開始年月日										
保育契約形態	☒ 主に月単位 ☐ 主に日又は時間単位 (一時預かり)									
定員 (人)	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	小学生以上	計	
	2	3	5	5	5	5	0	0	25	人
対象児童数 (人)	1	3	3	3	3	2			15	人
	保育従事者		調理員			その他			計	
対象職員数 (人) (常勤)	2		1			0			3	人

運営開始年月日より3か月以上継続した施設が補助対象

どちらかにチェックを入れてください

対象児童数は、提出日現在の満年齢および予定人数でご記入ください。

対象職員数は、常勤職員の予定人数でご記入ください。常勤職員とは、1日6時間以上かつ月20日以上勤務している職員のことです。

様式第1号-2の尿検査人数、職員健康診断、検便の人数と一致しているか確認してください。