

令和8年度幼稚園型一時預かり事業 補助金額算出用資料

施設名

〇〇〇幼稚園

担当者

〇〇

(連絡先)

711-0000

●利用児童数見込(延べ人数)

※福岡市以外の児童を含めた人数を の中に入力してください。

※特児数…特別な支援を要する児童数

自動計算 入力不要

〈全体の児童〉

開園日	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	児童数	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6000
	特児数	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
土、日、祝日	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	児童数	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
	特児数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
長期休業日		春季休業(R8.4とR9.3)					夏季休業			冬季休業			合計	
	児童数	350					800			250			1400	
	特児数	5					15			3			23	
												全体計	7807	
												福岡市計	7254	

〈福岡市の児童〉

開園日	児童数	5680
	特児数	120
土・日曜	児童数	180
	特児数	24
長期休業日	児童数	1230
	特児数	20
福岡市計		7254

様式第1号-2の(5)①~④の内容と一致しているか必ず確認をお願いします。

各項目すべて、本市に住民登録がある利用児童数のみを記載していただくものになります。

本資料上部は、全施設記入してください。

下部につきましては、該当施設のみ記入してください。

※連携施設の設置はしているが、就労支援型施設加算に該当しない場合や、特別な支援を要する児童の預かり保育を実施しているが対象児童がいるが、補助金額が(支出-収入)の経費で決定となるため、特別な支援を要する児童に対する補助基準額の適用が不要な場合など、今回の補助金請求額に影響しない場合には記載省略していただいて構いません。

●連携施設

施設名

第2とあーる保育園

●3以上の市町村から園児を受け入れているか

市町村名

●一時預かり事業(幼稚園型II型)(幼稚園3歳未満児受入れ促進事業)を実施しているか

有 ・ 無

●特別な支援を要する児童について(福岡市の児童のみ)

※根拠書類の写しを別途添付してください。

No.	氏名	一時預かり利用期間	備考
1	〇〇 〇〇	R8.4.1~R9.3.31	
2			
3			
4			
5			
6			
7			

特別な支援を要する児童に該当するかの判断に当たり、
・障害者手帳の写し
・医師の診断書の写し
・巡回支援専門員等障害に関する専門的知見を有する者による意見書等の写し

※障害の事実が把握可能な資料を必ず添付してください。
添付書類を踏まえ、加算の可否を判断いたします。資料の提出がない場合は加算対象外となる場合があります。