

記入例

令和6年度幼稚園型一時預かり事業 補助金額算出用資料

赤字部分の記入をお願いします。

○○幼稚園

○○

092-000-0000

- 令和6年度幼稚園型一時預かり事業利用者延べ人数

※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。

自動計算 入力不要

〈全体の児童〉

間隔日	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
	人数	80	98	113	65	0	103	103	103	65	93	100	75	998
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
	人数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長期休業日	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
	人数	20	0	0	50	90	0	0	0	45	0	0	20	225
特別な支援を要する児童	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
	人数	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
												全体計	1,235	
												福岡市計	1,162	

〈福岡市の児童〉

開園日	人数	955
土・日曜	人数	0
長期休業日	人数	195
特別な支援を要する児童	人数	12
福岡市計		1,162

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いたします。

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。

- 連携施設名

○○保育園

- 3以上の市町村から園児を受け入れているか

福岡市

大野城市

- 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	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日	〇
2	〇	〇	〇
3	〇	〇	〇
4	〇	〇	〇
5	〇	〇	〇
6	〇	〇	〇
7	〇	〇	〇

○特別な支援を要する子どもに該当するかの判断に当たり、下記資料の添付をお願いします。

(例) ・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

※添付資料の内容を踏まえ、加算の可否を判断いたします。
そのため、特別な支援を要する児童であることが確認できる資料は必ず添付してください。
※資料の添付・提出がない場合は、加算対象外となる場合があります。

全施設記入

該当施設のみ記入及び、添付書類提出