

# (参考) 書き方見本

## 【全体を通しての注意事項】

- ・後日、申請書の内容の確認をさせていただく場合がありますので、提出した申請書の写しを控えるようにしてください。
- ・訂正がある場合は修正テープ等は使用せず、二重線で修正の上、訂正印を押して下さい。

(第1号様式) (法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設、及び横浜保育室事業実施要綱に基づく認定を受けている施設を除く)

R 3 年 7 月 30 日

横浜市長

設置届または直近の運営状況報告書と同じ住所・名称・代表職氏名をお書きください。

設置者住所 横浜市中区本町6丁目50番地10

設置者名称(又は氏名) 有限会社 よこはま

押印は不要です。

代表者職氏名 代表取締役 横浜 太郎

(担当者名・TEL 総務課 港 671-△△△△ )

R3とお書きください。

## 認可外保育施設助成金交付申請書

申請金額の合計をお書きください。

R3 年度分の認可外保育施設助成要綱の規定に基づく助成金の交付を申請します。なお、交付申請にあたり、設置者が負担する経費の予定額は次のとおりです。

¥ 316,520 (①+②+③+④)

|       |             |     |           |
|-------|-------------|-----|-----------|
| 施設名   | 認可外保育室 よこはま |     |           |
| 施設所在地 | 横浜市         | 中 区 | 本町6-50-10 |

O157を検査項目に含む場合は、請求時にO157を検査項目に含むことが確認できる資料を提出してください。

### 【設置者負担額(予定)】

#### 1 調理担当職員等の保菌検査実施に係る経費

(単位:円)

|         | 4月  | 5月  | 6月  | 7月  | 8月  | 9月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2月  | 3月  | 対象経費の支出予定額  |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 検査料     | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | 960 | ①<br>11,520 |
| O157の検査 | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   |             |

※ O157を検査項目に含む保菌検査の実施を予定する場合は、当該月の「O157の検査」欄に「○」(マル)を記載してください。

- ・1件の保険契約で助成金の上限15,000円を超えない場合は複数の保険を記入することができます。
- ・保険等の加入に係る経費を申請する場合は申請時に保険証券と領収書の写しの添付が必要です。添付した保険証券と同じ保険期間・保険料をお書きください。
- ・スポーツ安全保険のように加入者が増えると保険料が変わる可能性のある場合は支出予定額をお書きください。

2 施設所有・管理者賠償責任保険等の加入に係る経費

(単位:円)

|      | 賠償責任保険・傷害保険     | 対象経費の支出予定額  |
|------|-----------------|-------------|
| 保険期間 | R3 4/1 ~ R4 4/1 | ②<br>15,000 |

※ 申請時に加入している保険の「保険期間」を記載し、それがわかる保険証券の写しを添付してください。

※ 複数の保険を記載することができます。

入所児童の健康診断に係る経費を申請する場合は請求時に施設が費用を負担していることが確認出来る書類の提出が必要です。

3 入所児童の健康診断受診に係る経費 (単位:円)

| 対象児童数 | 対象経費の支出予定額   |
|-------|--------------|
| 50    | ③<br>140,000 |

(裏面あり)

4 ブレスチェックセンサー導入に係る経費(下記確認欄にチェックをして提出すること)

| 購入台数<br>※右欄定員数以下の数であること。 | 0~2歳児の<br>定員数 | 対象経費の支出予定額 |
|--------------------------|---------------|------------|
| 5                        | 5             | 150,000    |

ブレスチェックセンサー導入に係る経費を申請する場合は、機能の詳細がわかる資料及び見積書の添付が必要です。

＜ブレスチェックセンサー導入に係る経費を申請する場合、下記項目について同意・確認の上申請する＞

- ブレスチェックセンサーの機能等を詳細に確認できる資料及び、導入にかかる費用及び内訳が確認できる資料を添付した。
- 医薬品医療機器等法に基づく医療機器の製造販売の承認等がなされていることや保育所等で導入実績があることがわかる資料を添付した。
- 補助申請にあたっては、年度内に保育従事者すべてが救命救急に関する研修を受講できるよう研修計画をたて、実施する予定である(または年度内にすでに実施した)。また、代表者等が外部の研修を受講する場合は、施設内の保育従事者に対しても園内研修を行う予定である。

NPO法人以外の設置者は役員等氏名一覧表を必ず記入してください。

役員等氏名一覧表

- ・法人格を有する団体の場合は法人登記に記載されたすべての役員を記載してください。
- ・法人格を有しない場合は代表者のみを記載してください。
- ・特定非営利活動法人である場合は記載不要です。
- ・記入しきれない場合は、別紙を添付してください。

R3 年 7 月 30 日現在の役員等

| 役職名          | フリガナ<br>氏名 | 生年月日<br>(大正T,昭和S,平成H) | 性別<br>(男・女) | 住所               |
|--------------|------------|-----------------------|-------------|------------------|
| 代表者<br>代表取締役 | ヨコハマ タロウ   | S64.1.1               | 男           | 横浜市中区本町6丁目50番地10 |
|              | 横浜 太郎      |                       |             |                  |
| 取締役          | ヨコハマ ハナコ   | H2.2.2                | 女           | 横浜市中区本町6丁目50番地10 |
|              | 横浜 花子      |                       |             |                  |
|              |            |                       |             |                  |

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて、同意します。

また、記載された全ての役員に同趣旨を説明し、同意を得ています。

設置者名称(又は氏名) 有限会社 よこはま

代表者職氏名 代表取締役 横浜 太郎