

(記載例)

特定子ども・子育て支援施設等確認申請書

2019 年 7 月 31 日

新潟市長宛

園ではなく法人所在地

申請者 (設置者) 所在地 新潟市中央区学校町通1-602-1

法人・団体名 ○○法人新潟市役所保育園

設置法人名

法人代表者の職名

役職：代表者氏名 理事長：○○△△印

法人代表者名

子ども・子育て支援法第30条の11の規定による確認を受けたいので、同法第58条の2に基づき以下のとおり関係書類を添えて申請します。

法人代表者印

1. 申請者に関する事項

設置主体	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 国立大学法人 <input type="checkbox"/> 公立大学法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他法人 () <input type="checkbox"/> 法人以外 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 任意団体	
設置者・事業者名※	○○法人新潟市役所保育園 右上と同じ	
設置者・事業者の主たる事務所の所在地	〒 951 - 8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 TEL: 025 - 226 - 1228 メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp	
代表者	職名	理事長 右上と同じ フリガナ マルマル サンカクサンカ
	氏名	○○ △△
	住所	新潟市○区△△ 生年月日 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

※ 設置者又は経営者が株式会社、各種法人、任意団体の場合は、社名、法人名、団体名を記入してください。

代表者個人の住所

2. 施設・事業に関する事項

施設・事業の種類	<input type="checkbox"/> 認定子ども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (新制度未移行園) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業 (在園児を対象) <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 (在園児以外を対象) <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業 (ファミリー・サポート・センター事業)
事業開始 (予定) 年月日	2000 年 1 月 1 日

(添付書類)

- 1 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等
- 2 役員の名、生年月日及び住所の一覧
- 3 法第58条の10第2項に規定する申請をすることができない者に該当しないことを誓約する書面 (子育て援助活動支援事業の場合は提出不要)

(別紙2 認可外保育施設) (記載例)

1. 届出等に関する事項

児童福祉法第59条の2第1項の規定による届出を行った年月日	2000 年 1 月 1 日
事業開始(予定)年月日	2000 年 1 月 1 日
認可外保育施設指導監督基準を満たす証明書の交付の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認可外保育施設指導監督基準を満たす予定の年月日※	年 月 日

※認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書が交付されていない施設のみ記入してください

2. 施設に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 児童福祉法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設(ベビーシッター) <input checked="" type="checkbox"/> 児童福祉法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設以外		
名称	新潟市役所保育園		
所在地	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 TEL: 025-226-1228 メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp		
管理者	職名	園長	フリガナ マルマル サンカクサンカク 氏名 ○○ △△
	住所	新潟市○区△△	生年月日 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

3. 運営に関する事項

(1) 開所時間・保育提供可能時間

	通常開所時間/通常保育提供可能時間	時間外開所時間/時間外保育提供可能時間	備考
平日	8:00 ~ 19:00	19:01 ~ 20:00	
土曜日	9:00 ~ 16:00	~	
日・祝祭日	~	~	

※24時間表記で記入してください。

(2) 提供するサービス内容

提供するサービス種別	対象年齢※			
<input checked="" type="checkbox"/> 月極契約	0歳	2ヶ月~	5歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 定期利用	歳	ヶ月~	歳	ヶ月
<input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり	0歳	2ヶ月~	5歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 夜間保育	歳	ヶ月~	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 24時間保育	歳	ヶ月~	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> その他()	歳	ヶ月~	歳	ヶ月

※1歳未満児の場合のみ、月齢まで記入してください。

(3) 利用料金等

	保育料				
	月極契約	定期利用	一時預かり	夜間保育	24時間保育
0歳児	30,000円		200円/時間 400円/半日 800円/半日 18:00以降は 100円加算		
1歳児	29,000円				
2歳児	28,000円				
3歳児	27,000円				
4歳児	26,000円				
5歳児	25,000円				
保育料以外の利用料	総額	入会金	キャンセル料	食事代	日用品費
		0円	0円	1食250円	1,000円
※歳児により料金が異なる場合は、料金がわかるものを別途添付して下さい。	3,500円	通園送迎費	行事参加費	()	()
		2,000円	500円		

※「食事代」「日用品費」「通園送迎費」「行事参加費」等は、保護者が負担すべき費用として無償化対象外となります。

(4) 入所定員

0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	合計
3人	6人	6人	9人	9人	9人	42人

(5) 職員の配置

①施設長 常勤 非常勤 1人
常勤換算後の人数※ 1人

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[保育業務への従事] 従事する (資格欄にも記入してください) 従事しない
[資格] 保育士 看護師 准看護師 その他 ()

②保育従事者 常勤 5人 非常勤 4人 総数 9人
常勤換算後の人数※ (5人) (2人) (7人)

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
保育士	3人	2人	5人
看護師	1人		1人
准看護師		1人	1人
家庭的保育者			
その他 (無資格)	1人	1人	2人
合計	5人	4人	9人

③その他の職員 常勤 1人 非常勤 2人 総数 3人
常勤換算後の人数※ (1人) (1人) (2人)

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
調理員	1人	1人	2人
その他 (事務員)		1人	1人
その他 ()			
その他 ()			
合計	1人	2人	3人

④合計 (①+②+③) 常勤 7人 非常勤 6人 総数 13人
常勤換算後の人数※ (7人) (3人) (10人)

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
保育士	3人	2人	5人
看護師	1人		1人
准看護師		1人	1人
家庭的保育者			
調理員	1人	1人	2人
その他 (園長)	1人		1人
その他 (無資格)	1人	1人	2人
その他 (事務員)		1人	1人
合計	7人	6人	13人

各数値が①～④と整合するよう確認

(6) 設備・面積等

部屋の名称	保育室ごとの受入人数・必要面積	保育面積
乳児・ほふく室	9 人 × 1.65 m ² = 14.85 m ²	20 m ²
保育室 1	15 人 × 1.65 m ² = 24.75 m ²	30 m ²
保育室 2	18 人 × 1.65 m ² = 29.7 m ²	55 m ²

必ず必要面積を上回ることを

■ 調理室（調理設備）がある

■ 乳幼児用の便所がある

■ 手洗い設備がある

■ 保育室・調理室と区画されている

■ 便器は概ね乳幼児20人につき1個以上ある

すべて基準に定められているため、すべてにチェックが必要

事業所でベビーシッター業務を行う場合、保育従事者は全員が資格保有者か研修受講者であること

(7) 職員の研修受講状況

※ 児童福祉法第6条の3第11項に規定する業務を目的とする施設（居宅訪問型保育事業（ベビーシッター））及び1日に保育する乳幼児の数が5人以下である施設は必ず記入すること

①施設に在籍している保育従事者数	9 人
うち、研修受講の有無	
居宅訪問型保育研修（基礎研修）	0 人
子育て支援員研修（地域保育コース）	3 人
子育て支援員研修（上記以外）	2 人
家庭的保育者等研修	2 人
その他（受講無し）	2 人

②職員の研修等の参加状況

- 参加（研修名等： H30 年 1 月 乳幼児保育研修 参加者 3 名）
- （研修名等： 年 月 参加者 名）
- （研修名等： 年 月 参加者 名）

□ 無

(添付書類)

- 1 児童福祉法第59条の2の規定により届け出た認可外保育施設設置届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)
- 2 料金表及び利用案内・パンフレット
- 3 認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の写し又は基準への適合（見込み）状況を説明する書類
- 4 職員名簿（資格保有者は資格証の写しを添付）
- 5 施設平面図・各部屋の面積表
- 6 職員の研修受講状況に関して、研修の修了証の写し等の研修を受講したことや参加したことが分かる書類

(5)職員配置と一致させること

(6)設備・面積等との整合性に留意

(7)職員の研修受講状況と一致させること

(別紙3 預かり保育事業) (記載例)

1. 事業所に関する事項

施設の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部		
事業の種別	<input type="checkbox"/> 私学助成(預かり保育推進事業) <input checked="" type="checkbox"/> 地域子ども・子育て支援事業における一時預かり事業(幼稚園型I) <input type="checkbox"/> 幼稚園における長時間預かり運営費支援事業 <input type="checkbox"/> 公的支援を受けていない自主事業		
名称	新潟市役所保育園		
所在地	〒 951 - 8550 新潟市中央区学校町通1-602-1		
	TEL:	025 - 226 - 1228	メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp
事業の管理者	職名	園長	フリガナ: マルマル サンカクサンカ 氏名: ○○ △△
	住所	新潟市○区△△	生年月日: 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

2. 運営に関する事項

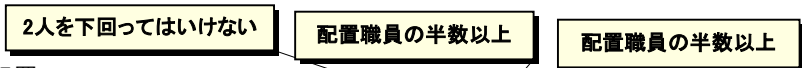
預かり保育事業の利用児童数及び職員配置

	預かり保育 利用児童数 ※1	職員の 配置基準	配置職員数 ※2		(参考) 基準に基づく 配置職員数		(参考) 在籍園児数	
			うち 有資格者 数※3	うち 有資格者 数※3	うち 有資格者 数※3	うち 有資格者 数※3		
平日(登園前)	3歳児(満3歳児を含む)	10人	20:1	1人	1人	1人	1人	60人
	4・5歳児	20人	30:1	1人	1人	1人	1人	
	合計	60人		2人	2人	2人	2人	
平日(降園後)	3歳児(満3歳児を含む)	30人	20:1	2人	2人	2人	1人	
	4・5歳児	70人	30:1	3人	2人	3人	2人	
	合計	100人		5人	4人	5人	3人	
長期休業中	3歳児(満3歳児を含む)	15人	20:1	1人	1人	1人	1人	
	4・5歳児	20人	30:1	1人	1人	1人	1人	
	合計	35人		2人	2人	2人	2人	
休日	3歳児(満3歳児を含む)	15人	20:1	1人	1人	1人	1人	
	4・5歳児	20人	30:1	1人	1人	1人	1人	
	合計	35人		2人	2人	2人	2人	

※1 預かり保育利用児童数には、平均的な利用児童数を記入してください。(平均が分からない場合は、1日当たりの最大想定人数を記入してください。)

※2 配置職員数には、預かり保育事業に従事している間は、専ら当該事業に従事している人数を記入してください。(教育課程担当職員による対応可)

※3 有資格者数は、幼稚園教諭普通免許状所有者又は保育士の人数を記入してください。



3. 事業の実施状況

(1) 預かり保育事業の実施時間

平日	曜日	登園前		教育課程時間		降園後	
	月～金	7:30	～ 8:59	9:00	～ 13:00	13:01	～ 18:00
		～		～		～	
		～		～		～	

長期休業中	曜日	預かり時間	
	月～土	9:00	～ 16:00
		～	
		～	

休日※	曜日	預かり時間	
	土	9:00	～ 16:00
		～	
		～	

※土曜・日曜・祝祭日

(2) 預かり保育事業の年間実施日数

	平日	長期休業日	休日	合計
年間実施日数	200日	45日	50日	295日

※保育が十分な水準ではない場合（教育時間を含む平日の預かり保育の提供が8時間未満又は年間（平日・長期休業中・休日の合計）開所日数200日未満）に限り、認可外保育施設等の利用も無償化の対象となります。

(3) 食事・おやつ提供の有無等

- 食事・おやつ提供の有無 有 無
- （提供有の場合）加熱、保存等の調理機能を有する設備の必要性の有無 有 無
- （必要性有の場合）加熱、保存等の調理機能を有する設備の有無 有 無

4. 利用料金

(1) 預かり保育事業の料金

	1時間	1回	月極	その他
平日	400円		6,000円	
長期休業中	400円		6,000円	
休日	450円		8,000円	

※年齢や時間帯等により料金が異なる場合には、最大の額を記入してください。

※食事代及びおやつ代は無償化対象外のため、預かり保育の料金と一体的に徴収している場合には、それを除いた金額を記入してください。

(2) 食事代及びおやつ代

	1回	月極	その他
食事代	250円	4,500円	
おやつ代	50円		

5. 設備・面積

部屋の名称	保育室ごとの受入人数・必要面積	預かり保育実施保育室面積
保育室1	30人 × 1.98 m ² = 59.4 m ²	70 m ²
保育室2	35人 × 1.98 m ² = 69.3 m ²	80 m ²
保育室3	35人 × 1.98 m ² = 69.3 m ²	120 m ²

(添付書類)

- 認定こども園…認定こども園法第17条第1項の規定による認可又は認定こども園法第3条第1項若しくは第3項の規定による認定を受けたことを証する書類の写し
幼稚園、特別支援学校…学校教育法第4条第1項による認可を受けたことを証する書類の写し
- 料金表及び利用案内・パンフレット
- 預かり保育事業に従事する担当職員の名簿（職員の氏名及び資格・研修修了の有無がわかるもの）
- 施設の図面（預かり保育の実施場所を明示したもの）

「5. 設備・面積」との整合性に留意

従事する者全員の記載と資格証の写しが必要

(4) 設備・面積等

部屋の名称	保育室ごとの受入人数・必要面積	保育面積
乳児室	6 人 × 1.65 m ² = 9.9 m ²	25 m ²
ほふく室	6 人 × 3.30 m ² = 19.8 m ²	30 m ²
保育室	8 人 × 1.98 m ² = 15.84 m ²	50 m ²
	人 × m ² = m ²	m ²
	人 × m ² = m ²	m ²

必要面積基準
0歳児:1.65㎡
1歳児:3.3㎡
2歳児~:1.98㎡

- 食事・おやつ提供の有無 有 無
→ (提供有の場合) 加熱、保存等の調理機能を有する設備の必要性の有無 有 無
→ (必要性有の場合) 加熱、保存等の調理機能を有する設備の有無 有 無

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の12の規定により届け出た一時預かり事業開始届及び変更届 (上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない) **従事する者全員の記載と資格証の写しが必要**
- 2 一時預かり事業担当職員名簿 (資格証・研修受講証の写しを添付)
- 3 料金表及び利用案内・パンフレット **「2(4)設備・面積等」との整合性に留意**
- 4 施設平面図・各部屋の面積表 (一時預かり事業の実施場所を明示したもの)

(別紙5 病児保育事業) (記載例)

1. 事業所に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小規模保育施設 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()
事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 病児対応型 <input type="checkbox"/> 病後児対応型 <input type="checkbox"/> 体調不良児対応型 <input type="checkbox"/> 非施設型(訪問型) <input type="checkbox"/> 公的支援を受けていない自主事業
名称	病児保育室新潟市役所
所在地	〒 951 - 8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 TEL: 025 - 226 - 1228 メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp
事業の 管理者	職名 施設長 フリガナ マルマル サンカクサンカク 氏名 ○○ △△
	住所 新潟市○区△△ 生年 月日 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

2. 運営に関する事項

(1) 開設時間

曜日	開設時間※
月 ~ 金	8:00 ~ 18:00
土	9:00 ~ 16:00
	~

※24時間標記で記入してください。

(2) 利用定員

利用定員	6人
------	----

(3) 対象年齢

- 0歳児 1歳児 2歳児 3歳児 4歳児 5歳児
 就学児 (小学 6年生まで)

(4) 利用料金

料金種別 料金の内容	日額		半日		1時間当たり	
	市内	市外	市内	市外	市内	市外
保育料	2,000円	2,000円	1,000円	1,000円	400円	400円
食事代	250円	250円				
その他 (延長料金)	17:30以降30分200円加算					
その他 ()						
その他 ()						

食事の 提供の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (有の場合は、以下も記入してください。)
	食事代 <input checked="" type="checkbox"/> 1食あたり 250円 円 <input type="checkbox"/> 月当たり 円
	食事代 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (おやつ代) 50円 円
	・上記の食事代は、パンフレット等に記載している保育料に含んでいますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 無	

※「食事代」は、保護者が負担すべき費用として無償化対象外となります。

(5) 職員の定数及び資格別内訳

職員数		常勤	非常勤	合計
		3人	1人	4人
資格別の内訳	保育士	2人		2人
	幼稚園教諭			
	保育教諭			
	看護師	1人		1人
	准看護師			
	保健師			
	助産師			
	その他 (無資格)		1人	1人
その他 ()				

(6) 協力機関・指導医の状況

協力機関	設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合は、その理由 ()	
	名称	新潟市役所病院	
	所在地	〒 951 - 8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 TEL: 025 - 226 - 1228 メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp	
	協力内容	回診・有事の際の対応	
指導医	設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合は、その理由 ()	
	名称	新潟市役所病院	
	所在地	〒 951 - 8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 TEL: 025 - 226 - 1228 メールアドレス: hoiku@city.niigata.lg.jp	
	指導内容	回診・有事の際の対応	

3. 設備に関する事項

(1) 保育室等の面積

保育室等の種類	保育室	観察室	調理室 (専用・兼用)	その他 (事務室等)	合計
面積	15.00㎡	10.00㎡	15.00㎡	20.00㎡	60.00㎡
乳幼児一人当たり面積	2.50㎡	1.67㎡			

1人あたり1.98㎡以上
 1室8.0㎡を下回らない

1人あたり1.65㎡以上 **必須** **延床と一致**

左記に区分できない面積

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の18の規定により届け出た病児保育事業開始届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)

- 2 病児保育事業担当職員名簿 (資格証の写しを添付)

従事する者全員の記載と資格証の写しが必要

- 3 料金表及び利用案内・パンフレット

- 4 施設の図面 (保育室等の配置がわかるもの)

「3(1)保育室等の面積」との整合性に留意