

## (参考) 書き方見本

### 【全体を通しての注意事項】

- ・様式はkintone上、または、横浜市HPからダウンロードできます。
- ・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。
- ・申請書の作成が簡単にできるエクセルを、横浜市電子申請システム上に用意していますので、そちらから申請してください。

(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)

令和 7 年 8 月 1 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。令和7年度運営状況報告書については、kintone上で確認することができます。

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

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-△△△△

押印は不要です。

## 認可外保育施設助成金交付申請書

令和7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、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市の補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び認可外保育施設助成事業実施要綱を遵守します。  
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。

¥ 381,110 (①+②+③+④)

請求時に検査人数が確認できる書類と領収書の提出が必須です。

|       |             |               |
|-------|-------------|---------------|
| 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丁目50番地10 |

### 【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   | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | ① 27,600   |
| 対象職員数 | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     | 4     |            |

#### 2 施設所有・管理者賠償責任保険等の加入に係る経費

|      | 賠償責任保険・傷害保険 |           | 対象経費の3   |
|------|-------------|-----------|----------|
| 保険期間 | R7 4/1      | ~ R8 3/31 | ② 23,510 |

- ☐ 上記の保険について、当該補助金以外に交付申請していません。  
☐ 申請時に加入している保険の保険証券及び保険料の金額が確認できる書類の写しを添付しています。  
☐ 複数の保険の資料を添付しています。  
☐ 申請日の属する年度内に新設又は廃止する施設です。

- ・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。

- ・年度途中での解約、変更する予定がある場合は、事前にお知らせください。助成額が変更になる場合があります。
- ・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。

3 入所児童の健康診断受診に係る経費 (単位:円)

| 予定児童数 | 予定児童数×2800円<br>対象経費の支出予定額 |
|-------|---------------------------|
| 50    | ③ 180,000                 |

※健康診断の実施が嘱託医契約に含まれる場合は、契約書の写しを提出してください

交付申請時には、予定児童数(年度途中の増含む)で申請するか、嘱託医契約で検診を実施している場合は契約書の写しを添付して、年間委託料で申請してください。  
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。  
助成額は、検診受診者数(実人数)あたり2,800円で計算した額と実際にかかった金額のどちらか低い方で助成します。

4 プ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             | ④ 150,000  |

＜プ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・確認の上申請すること＞

- ☐ プ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わかる資料を添付しました。
- ☐ 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使用されている機器の写真を添付しました。
- 補助申請にあたっては、年度内に保育従事者全てが救命救急に関する研修を受講できるように研修を実施します。
- ☐ です(または年度内にすでに実施済)。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す。

プ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。

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全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。

令和 7 年 8 月 1 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) |                  |
|-------|-------------|-----------------------|-------------|------------------|
| 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    | H2.2.22               | 女           | 横浜市中区本町6丁目50番地10 |
|       | 横浜 花子       |                       |             |                  |
|       |             |                       |             |                  |

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。  
申請時点の役員等を記入してください。

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