**【様式4】**

**令和7年度愛媛県院内保育事業運営費補助金要望調査表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | | | | |
| 病院開設者名 |  | | | | |
| 院内保育所の名称 |  | | | | |
| 保育所設置年月日 |  | | | | |
| 院内保育所設置者名 |  | | | | |
| 運営を委託している場合は委託先 |  | | | | |
| 令和7年度補助要望の有無  （該当に○を） | 有 | 無 | | | 無の場合は財源確保の方法 |
| 保育施設の種別 | 型 | | | | |
| 24時間保育予定日数（年間） | 注）今回の予定日数により予算計上するので、無理のない計画日数としてください。  　　　　　　　　　　　　　　　　日 | | | | |
| 休日保育予定日数（年間） | 注）今回の予定日数により予算計上するので、無理のない計画日数としてください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 | | | | |
| 令和5年度病院決算 | 令和5年度決算剰余金　（　　　　　　　　円） | | | | |
| 令和7年度保育料収入見込 | 円  　　　　（設置者負担金は除外） | | | | |
| 令和7年度当初の院内保育施設利用者病院職員の児童数（予定） | 1. 名 | | 1. ＝①÷2.6（小数点第2位を四捨五入） | | |
| 1. ×3,186,000円 | 円 | | | | |
| 病児保育実施予定の有無、有の場合は実施月数 | 有　　　無　　（該当するものに○をつけてください）    実施月数（　　　）月 | | | | |
| 緊急一時保育実施予定の有無、有の場合は実施日数 | 有　　　無　　（該当するものに○をつけてください）    実施日数（　　　）日 | | | | |
| 児童保育運営予定の有無、有の場合は運営日数 | 有　　　無　　（該当するものに○をつけてください）    実施日数（　　　）日 | | | | |
| 事務担当者名 | 所属・職・氏名 | | |  | |
| 電話番号 | | |  | |
| ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 注意事項 | 他団体（国、市町等）が実施している同様の補助金・助成金等を受給する場合は当事業の補助対象外となります。（例：内閣府の企業主導型保育事業、労働局の保育施設設置・運営等支援助成金、乳幼児健康支援一時預り事業）  ※他団体から助成等を受けている場合はご相談ください。 | | | | |

１　補助要件

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 保育児童数 | 保育士等数 | 保育時間 | 保育料 | 運営実績 |
| Ａ型  特例 | 1人以上４人未満 | 2人以上 | 8時間以上 | 児童1人当たり  月額10,000円以上  （おやつ代は含まない額） | 1年以上 |
| Ａ型 | ４人以上 | 2人以上 | 8時間以上 |
| Ｂ型 | 10人以上 | 4人以上 | 10時間以上 |
| Ｂ型特例 | 30人以上 | 10人以上 | 10時間以上 |

（注）

１　保育士等数は、保育士・保育士助手に限り、常勤換算した人数であること。

　（常勤とは、年間を通じて平日は毎日8時間以上勤務することをいう。）

　○非常勤職員の常勤換算方法

　　　　各非常勤職員の月（年）間延勤務時間数

　　　　　　　月（年）間開所日数×8

２　保育料収入相当額については、令和6年度補助金所要見込額調データを参考に見込む予定です。