

多様な集団活動事業の利用支援事業 対象施設等基準適合審査申請書

（宛先） 藤沢市長

申請者所在地 _____
 氏名（又は名称） _____
 代表者氏名 _____

多様な集団活動事業の利用支援事業実施要綱第3条の規定に基づき対象施設等の基準適合審査を受けたいので、以下のとおり関係書類を添えて申請します。

1 設置者・施設等

設置主体	☐ 法人 ☐ 国立大学法人 ☐ 公立大学法人 ☐ 学校法人 ☐ 社会福祉法人 ☐ 株式会社 ☐ NPO法人 ☐ その他法人 ☐ 法人以外 ☐ 個人 ☐ 任意団体
設置者名	
設置者の所在地等	〒 Tel: Mail:
代表者名	氏名: 役職:
施設等の種類	☐ 児童福祉法第59条の2第1項の規定による届出対象施設 （認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付の有無 ☐ 有 ☐ 無） （企業主導型保育事業による運営費助成（予定）の有無 ☐ 有 ☐ 無） ☐ 上記以外の施設等
施設等の名称	
施設等の所在地等	〒 Tel: Mail:
施設等の管理者名	氏名: 役職:
事業開始年月日	

2 運営に関する事項

(1) 開園（開校）曜日・時間（実施している全ての曜日に記入）※

曜日	月	火	水	木	金	土	日
開始時間	:	:	:	:	:	:	:
）	）	）	）	）	）	）	）
終了時間	:	:	:	:	:	:	:

※ 延長保育等の時間は含めず、全ての利用幼児を対象とした標準的な開所時間を記載すること。

(2) 開園（開校）期間 週／年間※

※ 年間開所日数5日＝開所週数1週とし、年間開所日数÷5＝年間開所週数として算出すること。

(3) 利用定員と現員（ 年5月1日現在（※1）

		0歳児	1歳児	2歳児	3歳児 (※3)	4歳児	5歳児	6歳児 (就学前)	合計
定員（※2）									
現員	藤沢市								
現員 計 (A)									
無現 償員 化の 対う 象ち	藤沢市								
無償化対象（※4）計 (B)									

(A)に對
する
(B)の割
合

B/A

※1 申請日が属する年度の前年度5月1日時点の数値とすること。（(5)職員の配置も同じ。）

3歳以上の現員（概ね、1日4時間以上8時間未満、週5日以上、年間39週以上利用する幼児のみ）

については、第1号様式付表で内訳を提出。

※2 定員について特に定めが無い場合、施設・設備や職員配置を考慮して同時に利用可能な人数を記入。

※3 満3歳児の定員・現員数は、「3歳児」欄に記入。

※4 3歳以上の現員のうち、子育てのための施設等利用給付を受給している子どもの人数を記載。

(4) 利用料金等（当該年度及び過去3カ年分）

年度		利用料（保育料）※			
		年額	月額	半期	その他
3歳児					

エ その他の職員

常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 総数 _____ 人

〔資格等別の内訳〕

資格等	常勤	非常勤	合計
調理員			
その他 ()			
その他 ()			
合計			

(6) 施設・設備の現況

居室等の設置状況	室名	集団活動室	調理室	便所	その他	合計
	室数	室	室	室	室	室
	面積	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
	ほか			便器 個		
屋外遊戯場（園庭）	☐ 有 m ² ☐ 無 （ 付近に代替可能な場所 ☐ 有 ☐ 無 ）					
建物の構造	☐ 鉄骨造 ☐ 鉄筋コンクリート造 ☐ れん瓦造 ☐ 木造 ☐ その他 ()					

(7) 非常災害に対する措置

非常災害に対する計画の有無	☐ 有	☐ 消防計画 (年 月 日 届出) ☐ その他の計画 ()	☐ 無
防災（避難・消火等）訓練の実施状況	☐ 実施	実施回数 回／年 ☐ 未実施	
集団活動室が2階にある場合（構造）	☐ 適	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物	☐ 不適
集団活動室が3階以上にある場合（構造）	☐ 適	☐ 耐火建築物	☐ 不適
建物がない場合の非常災害に対する対策	☐ 有	(※ 具体的な対策の内容を記載)	
			☐ 無

(8) 健康管理・安全確保

登・降園児の健康観察		☐ 実施	(※ 実施内容を簡潔に記載)	☐ 未実施
健康診断（幼児）		☐ 実施	実施回数 回／年	☐ 未実施
健康診断（職員）		☐ 実施	実施回数 回／年	☐ 未実施
常備している医薬品等		☐ 有	(※ 内容を簡潔に記載 例：消毒液、絆創膏等)	☐ 無
安全管理マニュアル		☐ 作成		☐ 未作成
保険加入	☐ 加入	(※ 加入している場合)		
		保険の種類	☐ 賠償責任保険 ☐ 傷害保険 ☐ その他（ ）	
	☐ 未加入	補償の内容		

(添付書類)

- ・有資格者等について、その資格等が確認できる免許状や登録証の写し等
- ・保育士等の職員の勤務体制が分かる勤務割表等
- ・施設の平面図（消火器は○印、消火栓は「栓」の字、非常口は「非」を平面図上に記入。）
- ・利用案内、パンフレットの類（利用料がわかるものは当該年度分とは別に過去3カ年分が必要。）
- ・年間の活動計画、幼児の健康管理・安全管理等が分かる書類、保険会社との契約書類の写し
- ・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

市への提出日（申請日）を記入してください。

2025年

4月

1日

多様な集団活動事業の利用支援事業 対象施設等基準適合審査申請書（記載例）

（宛先） 藤沢市長

申請者所在地 神奈川県藤沢市●●

氏名（又は名称） NPO法人●●

代表者氏名 藤沢 太郎

※基本的には申請日時点における状況をご記入いただき、2（3）及び（5）のみ、申請日時点ではなく、申請日が属する年度の前年度5月1日時点の状況を記入してください。

※（Excel版の場合）青色に着色されたセルは、Excelでご提出いただく場合、自動計算されますので入力不要です。

設置主体	☒ 法人 ☐ 国立大学法人 ☐ 公立大学法人 ☐ 学校法人 ☐ 社会福祉法人 ☐ 株式会社 ☒ NPO法人 ☐ その他法人 ☐ 法人以外 ☐ 個人 ☐ 任意団体
設置者名	NPO法人●●
設置者の所在地等	〒 251-8601 神奈川県藤沢市● Tel: 0466-XX-XXX
代表者名	氏名: 藤沢 太郎 役職: 代表
施設等の種類	☒ 児童福祉法第59条の2第1項の規定による届出対象施設 (認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付の有無 ☒ 有 ☐ 無) (企業主導型保育事業による運営費助成（予定）の有無 ☐ 有 ☒ 無) ☐ 上記以外の施設等
施設等の名称	○○園
施設等の所在地等	〒 251-0001 神奈川県藤沢市▽▽ Tel: 0466-XX-XXXX Mail: XXX@XXXXX
施設等の管理者名	氏名: 藤沢 花子 役職: 園長
事業開始年月日	2019年4月1日

私設保育施設(認可外保育施設)として都道府県への届出が完了している施設はチェックしてください。

既に都道府県等の立入調査を終えており、証明書が発行されている施設は有、出していない場合又はこれから発行される予定の施設は無にチェックしてください。

都道府県に提出した私設保育施設設置届・私設保育施設運営状況報告書等に記載しているものと同じ日付をご記入ください。

2 運営に関する事項

(1) 開園（開校）曜日・時間（実施して

曜日	月	火	水	木	金	土	日
開始時間	9 : 00	9 : 00	9 : 00	9 : 00	9 : 00	:	:
終了時間	14 : 00	14 : 00	14 : 00	14 : 00	14 : 00	:	:

※ 延長保育等の時間は含めず、全ての利用幼児を対象とした標準的な開所時間を記載すること。

(2) 開園（開校）期間 41 週／年間※

※ 年間開所日数 5 日＝開所週数 1 週とし、年間開所日数÷5＝年間開所週数として算出すること。

(3) 利用定員と現員（ 2024 年 5 月 1 日

	0 歳児	1 歳児	2 歳児	3 歳児	計
定員（※2）					
現員					
現員 計					10 5 5 5 25
無償化対象（※）					2 2 2 2 8
					2 0 0 0 2
					2 2 10

（3）及び（5）のみ、申請日時点ではなく、申請日が属する年度の前年度 5 月 1 日時点の状況を記入してください。

定員については、当該年度（申請年度の前年度）の私設保育施設設置届又は私設保育施設運営状況報告書の記載と同じ内容をご記入ください。

白色のセルに入力ください。※青色のセルは自動計算されますので、入力不要です。

無償化対象の現員数については、施設で把握していない場合は記入不要です。

(A) に対する (B) の割合

B / A

40.0%

※1 申請日が属する年度の前年度 5 月 1 日時点の数値とすること。（(5)職員の配置も同じ。）

3 歳以上の現員（概ね、1 日 4 時間以上 8 時間未満、週 5 日以上、年間 39 週以上利用する幼児のみ）

については、第 1 号様式付表で内訳を提出。

※2 定員について特に定めが無い場合、施設・設備や職員配置を考慮して同時に利用可能な人数を記入。

※3 満 3 歳児の定員・現員数は、「3 歳児」欄に記入。

※4 3 歳以上の現員のうち、子育てのための施設等利用給付を受給している子どもの人数を記載。

(4) 利用料金等（当該年度及び過去 3 カ年分）

		利用料（保育料）※			
年度		年額	月額	半期	その他
3 歳児	令和 7 年度	600,000	50,000	300,000	
	令和 6 年度	540,000	45,000	270,000	
	令和 5 年度				
	令和 4 年度				

・延長保育料等は含まない、標準的な開所時間に係る基本的な保育料（利用料金）について記載してください。（コース等により

4 歳児	令和 7 年度
	令和 6 年度
	令和 5 年度
	令和 4 年度
5 歳児	令和 7 年度
	令和 6 年度
	令和 5 年度
	令和 4 年度

料金設定が複数ある場合には、もっとも標準的と思われる利用料金を記入してください)

・申請日が属する年度の利用料金と、過去 3 年度分の利用料金が同額の場合には、申請年度分のみご記入いただければ差し支えありません。

・利用料（保育料）以外の料金については、申請年度の（学年・コース等で異なる場合には、もっとも標準的と思われる）料金について記入してください。

利用料（保育料）以外の料金 ※ 年額で記入すること	総額	入園料	教材費	給食費
	142,000	100,000	10,000	30,000
		行事費	通園送迎費	その他
		2,000		

※ 申請日が属する年度の利用料金が、当該年度以前の（3）及び（5）のみ、申請日時点ではなく、申請日が属する年度の前年度 5 月 1 日時点の状況を記入してください。

(5) 職員の配置 (2024 年 5 月 1 日現在)

ア 常勤職員の 1 日の勤務時間数 8 時

イ 園長・施設長 ☒ 常勤 1 人

☐ 非常勤 人 (※)常勤換算後の人数 人

(※ 1 日の勤務時間数をアで除した、常勤換算後の人数を記入。以下、ウ及びエも同様。)

[集団活動への従事]

☒ 従事する (資格等欄にも記入してください) ☐ 従事しない

[資格等]

☒ 幼稚園教諭免許 ☐ 保育士 ☐ 看護師 (准看護師) ☐ 基準で定める研修修了者
☐ その他 ()

ウ 集団活動従事者

常勤 9 人

非常勤 2 人 (※)常勤換算後の人数 1 人

総数 11 人 (※)常勤換算後の人数 10 人

白色のセルに入力ください。
※青色のセルは自動計算されますので、入力不要です。

[資格等別の内訳]

資格等	常勤	非常勤		合計	
		実人数	換算人数	実人数	換算人数
幼稚園教諭免許	5			5	5
保育士	4	2	1	6	5
看護師 (准看護師)					
基準で定める研修修了者					
その他					
合計	9	2	1	11	10

エ その他の職員

常勤 1 人 非常勤 人 総数 1 人

〔資格等別の内訳〕

資格等	常勤	非常勤	合計
調理員	1		1
その他 ()			
その他 ()			
合計	1		1

(6) 施設・設備の現況

居室等の設置状況	室名	集団活動室	調理室	便所	その他	合計
	室数	1 室	1 室	2 室	室	4 室
	面積	120 m ²	15 m ²	50 m ²	m ²	185 m ²
	ほか			便器 6 個		
屋外遊戯場（園庭）	☒ 有 300 m ² ☐ 無 （ 付近に代替可能な場所 ☐ 有 ☐ 無 ）					
建物の構造	☒ 鉄骨造 ☐ 鉄筋コンクリート造 ☐ れん瓦造 ☐ 木造 ☐ その他 ()					

(7) 非常災害に対する措置

非常災害に対する計画の有無	☒ 有	☒ 消防計画（ 2019年4月1日 提出） ☐ その他の計画（	1 階のみで教育・保育を実施する場合は記入不要です。2・3 階以上で実施する場合はいずれか選択してください。	
防災（避難・消火等）訓練の実施状況	☒ 実施	実施回数 12 回		
集団活動室が 2 階にある場合（構造）	☒ 適	☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物		☐ 不適
集団活動室が 3 階以上にある場合（構造）	☐ 適	☐ 耐火建築物		☐ 不適
建物がない場合の非常災害に対する対策	☐ 有	（※ 具体的な対策の内容を記載） 専用の建物がある施設は入力不要です。 （施設をもたない、野外活動を行う事業等の記載例） ・活動付近にある指定避難所へ避難。 ・活動範囲マップを作成し、危険な箇所等について追記し、マップ内にあらかじめ避難ルートについて複数記載するようになっている。 等		

(8) 健康管理・安全確保

登・降園児の健康観察	☒ 実施	(※ 実施内容を簡潔に記載) 健康観察表をもとに園児の体温、顔色、声、皮膚、食欲・呼吸等の健康状態を確認する。	☐ 未実施
健康診断（幼児）	☒ 実施	実施回数 2 回／年	☐ 未実施
健康診断（職員）	☒ 実施	実施回数 1 回／年	☐ 未実施
常備している医薬品等	☒ 有	(※ 内容を簡潔に記載 例：消毒液、絆創膏等) 熱さましシート・消毒用アルコール・消毒剤・絆創膏・水まくら・軟膏・ポビドンヨード・体温計・氷嚢 等	☐ 無
安全管理マニュアル	☒ 作成		☐ 未作成
保険加入	☒ 加入 ☐ 未加入	(※ 加入している場合)	
		保険の種類	☒ 賠償責任保険 ☒ 傷害保険 ☐ その他 ()
		補償の内容	① 1 事故あたり 1 億円補償。対物賠償 1, 0 0 0 万円 ② 入院 1 日につき 1, 700 円。死亡保険金 1, 0 0 0 万円。 後遺障害保険金 800 万円

(添付書類)

- ・ 有資格者
- ・ 保育士等
- ・ 施設の平
- ・ 利用案内
- ・ 年間の活動計画、幼児の健康管理・安全管理等が分かる書類、保険会社との契約書類の写し
- ・ 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

・ 添付書類について

市ホームページ、又は市からのメールや事務連絡等をご確認のうえ、必要書類について提出してください。

入。)

分が必要。)