

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 付表（現員の内訳書）

（ 年5月1日時点）

No. （※1）	幼児の 在住市町村	幼児				無償化対象の有無（※4）	
		氏名	フリガナ	生年月日	住所	対象	対象外
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
小計	市計						
	市計						
	市計						
合計							

※1 内訳書の順は、「幼児の在住市町村」毎に、幼児名（カナ）の五十音順に記入してください。

※1 対象施設等に概ね、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記載してください。

※2 「無償化対象の有無」欄は、幼児が子育てのための施設等利用給付認定を受けている場合は「対象」欄に○、受けていない場合は「対象外」欄に○を記入してください。

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

ウで選択してください。

(2024年5月1日時点)

No. (※1)	幼児の 在州市町村	幼児				無償化対象の有無(※4)	
		氏名	フリガナ	生年月日	住所	対象	対象外
1	藤沢市	藤沢 次郎	フジサワ ジロウ	●●●●/○/○	藤沢市○○ 1-1-1	○	×
2	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-1	○	×
3	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-2	×	○
4	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-3	×	○
5	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-4	×	○
6	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-5	○	×
7	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-6	○	×
8	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-7	×	○
9	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-8	×	○
10	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-9	○	×
11	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-10	○	×
12	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-11	○	×
13	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-12	×	○
14	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-13	×	○
15	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-14	×	○
16	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-15	○	×
17	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-16	○	×
18	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-17	×	○
19	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-18	×	○
20	藤沢市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	藤沢市○○ ○-○-19	×	○
21	▽市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	▽市●●● ○○-1	○	×
22	▽市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	▽市●●● ○○-2	○	×
23	▽市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	▽市●●● ○○-3	×	○
24	▽市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	▽市●●● ○○-4	×	○
25	▽市	●● ●●	○○○ ●●●	●●●●/○/○	▽市●●● ○○-5	×	○
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
小計	市計						
	市計						
	市計						
合計						10	15

※1 内訳書の順は、「幼児の在州市町村」毎に、幼児名（カナ）の五十音順に記入してください。

※1 対象施設等に概ね、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記載してください。

※2 「無償化対象の有無」欄は、幼児が子育てのための施設等利用給付認定を受けている場合は「対象」欄に○、受けていない場合は「対象外」欄に○を記入してください。