

事業所内保育施設計画認定申請書

事業所内保育施設について〔設置、運営(運営形態(通常対応)・運営形態(体調不良児対応))、増築(増築・建て替え)〕計画の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

平成 年 月 日
労働局長 殿

住所 〒
申請事業主
名称
又は
代理人 氏名 印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に申請事業主の記名(押印不要)を、社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

住所 〒
申請事業主
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理人) 氏名 印

1 申請者の区分		単独事業主 ・ 共同事業主 ・ 事業主団体						
2 申請者	(1) 単独事業主又は共同事業主の場合	① 常時雇用する労働者の数	③ 主たる事業(大分類)			④ 事業所総数	か所	
		② 資本金の額又は出資の総額	ア 小売業・飲食店	イ サービス業	ウ 卸売業	⑤ 他の都道府県に所在する事業所数	か所	
	(2) 事業主団体の場合	① 構成員事業所数			② 事業所内保育施設利用事業所数			
		③ 構成員事業主の主な業種						
		④ 雇用保険適用事業所番号			⑤ 労働保険番号			
3 単独事業主又は共同事業主の場合、申請事業主の事業所のうち当該保育施設を所管する事業所		① 名称						
		② 所在地			③ 常時雇用する労働者の数			
		④ 雇用保険適用事業所番号			⑤ 労働保険番号			
へ 計 保 育 画 の 設 内 の 容 概 要	① 名称		② 所在地					
	③ 施設を利用できる子の年齢 (~ 歳)							
	④ 乳幼児定員 計 ア 0歳児 イ 1歳児 ウ 2歳児 エ 3歳児 オ 4歳以上児 (定員増に伴う増築又は建て替えの場合、既存の保育施設の定員) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人)							
	⑤ 職員数		ア 専任の保育士 人 (みなし保育士: 保健師・看護師・准看護師)		専任の保育従事者 (ア+イの合計) 人		専任の看護師 人	
			イ 専任の研修修了者 人		人		その他の職員 人	
	⑥ 施設の構造 耐火 ・ 準耐火 ・ その他			主要な部分の構造		造	処分制限期間 年	
	⑦ 棟数及び階数 棟 階建 階							
	⑧ 施設の延面積 (定員増若しくは安静室の増築又は建て替えの場合、既存の保育施設の面積)							
			保育室	乳児室	調理室 (調理設備)	便所	安静(医務)室	その他
			m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
			(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)
	⑨ 保育時間 時 分 ~ 時 分 (時間)					体調不良児への対応 有 ・ 無		
	⑩ 所定労働時間 時 分 ~ 時 分					⑫ 保育料の徴収予定月(日)額		
	⑪ 運営開始(再開)予定年月日 平成 年 月 日					月額 ・ 日額 円		
⑬ 運営開始から5年間の施設の利用者見込み数(うち自社で雇用する雇用保険被保険者の労働者の乳幼児数)		1年次	2年次	3年次	4年次	5年次		
		人	人	人	人	人		
		(人)	(人)	(人)	(人)	(人)		
⑭ 施設が賃借の場合		ア 賃借の相手方名						
		イ 賃借期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			ウ 賃借料 円/月			

計画内容の概要	① 予算額	設置の場合		増築・建て替えの場合		② 予定工事期間		
		種類	新築・増築・改築・購入	種類	増築・改築・建て替え	着工		
		総額	円	総額	円	平成 年 月 日	完成	平成 年 月 日
	〔共同事業主の場合、自社負担額〕		〔共同事業主の場合、自社負担額〕					
	③ 施設の購入	ア 購入予定の相手方名			イ 購入契約の締結(予定)日 平成 年 月 日			
		ウ 購入予定の相手方の、事業主等の代表者又は取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び親族)への該当			有・無			
	④ 施設の敷地の状況等	ア 面積(事業所と区分できない場合は利用できる面積)					m ²	
		イ 施設の建築面積					m ²	
		ウ 所有地・借地別 所有地 ・ 借地(所有者名) ・ 買収予定地						
	⑤ 建築確認申請	必要あり ・ 必要なし(理由)						

6 同一事由による他の助成金等の受給状況(今回の認定申請に係る「保育施設」に対する他の助成金の受給及び受給予定の有無について、該当するところを○で囲んでください。)

区分	設置費	運営費	増築費
地域雇用開発奨励金	有・無	-	有・無
通年雇用奨励金(新分野進出)	有・無	-	有・無
職場定着支援助成金(個別企業助成コース・介護福祉機器等助成)	有・無	-	有・無
中小企業障害者多数雇用施設設置等助成金	有・無	-	有・無
高年齢者雇用安定助成金(高年齢者活用促進コース)	有・無	-	有・無
地域医療・介護総合確保基金による財政支援	・医療従事者の勤務環境改善のための事業である院内保育所の整備 ・介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設整備支援事業である介護施設・事業所における保育施設等の整備	有・無	-
	・医療従事者の勤務環境改善のための事業である院内保育所の運営 ・介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援事業である介護施設・事業所における保育施設等の運営	-	有・無
子ども・子育て支援新制度における事業所内保育事業への給付(設置費には、減価償却費加算を含む)	有・無	有・無	-
子ども・子育て支援新制度における事業所内保育事業以外の事業への給付(設置費には、減価償却費加算を含む)	有・無	有・無	-
「保育対策総合支援事業費補助金」に係る認可外保育施設への改修費等支援	有・無	-	有・無
「子どものための教育・保育給付費補助金」に係る認可外保育施設への運営費支援	-	有・無	-
雇用創出基金事業における事業所内保育施設の運営に係る事業	-	有・無	-
事業所内保育施設の設置・運営等に係るその他の助成金等 (他の目的の施設を設置・運営等する助成金等であっても、助成金等の支給対象経費に事業所内保育施設の設置・運営等に係る経費が含まれている場合を含む)	有・無 助成金等の名称	有・無 助成金等の名称	有・無 助成金等の名称

7 下記項目に関し、申請事業主又は申請事業主団体について該当する場合は「有」を、該当しない場合は「無」をそれぞれ○で囲んでください。

項 目	該当の有無
(1) 認定申請日の属する年度及び認定申請日の属する年度より前のいずれかの保険年度の労働保険料滞納の有無	有・無
労働保険事務組合への労働保険に係る事務委託	(有・無)
(2) 認定申請日までの過去3年間に、偽りその他不正の行為により雇用保険二事業に係る各種給付金等の不支給措置がとられていることの有無	有・無
(3) 法人設立後又は事業開始後3年が経過していないことの有無	有・無
(4) 認定申請日の属する年度前の直近3か年の会計年度における3か年連続損失の有無	有・無
(5) 過去に、国、公益財団法人21世紀職業財団(旧財団法人21世紀職業財団)、一般財団法人こども未来財団(旧財団法人こども未来財団)から事業所内保育施設の設置に係る費用の支給を受けていることの有無	有・無
有の場合 支給機関: _____ 助成金等の名称: _____ 受給年度: _____ 年度)	

8 記載担当者(当該企業において本申請に係る担当者について記入してください。)

記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号

※これより以下は記載しないでください。

※ 処理 欄	受理年月日	平成 年 月 日			受理番号	—
	審査結果	認定 ・ 不認定			認定番号	—
	決定年月日	平成 年 月 日			決定通知日	平成 年 月 日
	局長	室長		担当	備 考	