（様式2）

令和７年度堺市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）事業計画書

1. 事業実施予定施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設類型 |  |
| 所在地 |  |

1. 事業の実施量

　（１）利用パターン　（該当するもの全てにチェックしてください）

　　　□　１回2.5H × 月４回

　　　□　１回5.0H × 月２回

　　　□　その他（１回　 H × 月 　回）

（２）定期的な預かり予定の日、時間 及び 人数等（必要に応じて行を追加してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 曜日 | 預かり時間 | 預かり人数 |
| 0歳児 | 1歳児 | 2歳児 |
| 記入例 | 9時～11時30分 | 2人 | 0人 | 0人 |
| 13時～15時30分 | 0人 | 0人 | 5人 |
| 10時～15時 | 0人 | 3人 | 0人 |
| 月曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 火曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 水曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 木曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 金曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 土曜日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

一部の年齢において定員設定できない場合は、その理由を記載してください。

1. 利用開始時期（予定）

　　　　月　　　　日から利用開始予定

1. 事業の実施体制

（１）実施方法

|  |
| --- |
| □　一般型（専用室独立型） |
| □　一般型（在園児合同） |

（２）保育方法

|  |
| --- |
| □　同年齢保育 |
| * 異年齢保育
 |

（３）人員体制

「２ 事業の実施量 」 で記載した人数を受け入れるにあたって必要な人員配置がなされていることなど を下記に記載してください。（必要に応じて行を追加してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 従事する職員の資格等 | 保育の経験年数 | 雇用形態 |
| 職員① |  | 年　　月 |  |
| 職員② |  | 年　　月 |  |
| 職員③ |  | 年　　月 |  |

※資格等には保育士等の資格以外に、修了している研修も記載してください。

「さかいチャイルドサポーター」の場合は、その旨明記してください。

※雇用形態は「常勤・非常勤」の別、「専任・兼任」の別を記載してください。

1. 利用者負担（利用料は含めない）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 有・無どちらかにチェック | 徴収金額（有の場合） | 備考 |
| 給食費 | 給食提供□有　/　□無お弁当の持参□有　/　□無 | 0歳児：　　　　　　　　円/食1歳児：　　　　　　　　円/食2歳児：　　　　　　　　円/食 |  |
| おやつ代 | おやつの提供□有　/　□無 | 0歳児：　　　　　　　　円/食1歳児：　　　　　　　　円/食2歳児：　　　　　　　　円/食 |  |
| 保険代 | 保険加入□有　/　□無 | 0歳児：　　　　　　　　円1歳児：　　　　　　　　円2歳児：　　　　　　　　円 | （例）左記の額は、月額 |
| ●●代 |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 一時預かり保育（一般型）の実施状況

　　□実施している　　　　□実施していない

1. 障害のあるこどもの受け入れ可否

　　　　　　□可　　　　□否

1. 医療的ケアを必要とするこどもの受け入れ

　　　　　　□可　　　　□否

1. その他利用者を募集するにあたっての特記事項（上記7.8に関する特記事項などを記載）