

記入例

令和8年度介護事業所内保育所運営費補助事業実施に伴う  
要望調査票

介護事業所内保育所設置事業所名 特別養護老人ホーム●●

保育施設名 ●●保育園 設置主体 社会福祉法人●●会

担当者 総務課 鈴木 電話番号 099-286-2111

住所（介護事業所） 〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10-1

メールアドレス kagoshima@kagoshima.co.jp

- 1 令和8年度における介護事業所内保育所運営事業補助金の補助金申請の有無（確実に申請する場合に限り有を○で囲んでください）

有 ・ 無

⇒「無」の場合以下に理由を記載してください。

（例：内閣府企業主導型保育事業補助金を活用するため）

※上記1で“無”と回答した場合は、2 以下の設問の回答は、不要です。

- 2 保育施設設置年月日 昭和・平成・令和 6年 4月 1日

- 3 保育児童数（令和8年4月見込み、令和7年9月実績）を御記入ください。

| 利 用 種 別          | 令和8年4月見込み | 令和7年9月 |
|------------------|-----------|--------|
| 介護職員の保育児童        | 3人        | 3人     |
| その他介護事業所内職員の保育児童 | 1人        | 1人     |
| 合 計              | 4人        | 4人     |

※ 病院等、介護事業所以外の職員の児童数は含めない。

- 4 保育士等の数（令和8年4月見込み、令和7年9月の実績）を御記入ください。

| 職 種                | 令和8年4月見込み   | 令和7年9月      |
|--------------------|-------------|-------------|
| 常 勤                | 2人          | 2人          |
| 非 常 勤<br>（常勤換算： 人） | 2人<br>（ 1人） | 2人<br>（ 1人） |
| 合 計                | 4人          | 4人          |

5 保育(開所)時間 8時間/日

6 該当する種別について

※別添「介護事業所内保育所運営費補助事業について」を参考に該当する型を○で囲んでください。

令和8年度見込み

A型特例

A型

B型

B型特例

7 令和8年度24時間保育実施予定の有無 有(40日/年) ・ 無

※・「最低でも何日は確実」という数字を御記入ください。

・実施見込みのない過大な予定日数は、記載しないでください。

「有」の施設については、令和7年4～9月までの実績を記入してください。

|            | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| 実施日数(日)    | 3  | 5  | 2  | 4  | 2  | 3  |
| 保育児童延人数(人) | 6  | 10 | 4  | 8  | 4  | 6  |

8 令和8年度病児等保育実施予定の有無 有( )月/年 無

「有」の施設については、令和7年4～9月までの実績を記入してください。

| 対象児童 | 介護事業所職員児童 | 介護事業所職員の児童以外 |
|------|-----------|--------------|
| 児童数  | 人         | 人            |

9 厚生労働省(鹿児島労働局)の「事業所内保育施設設置・運営等支援助成金」に係る補助金受給の有無 ※「有」の場合は受給年度を記入

有

無

(受給年度:平成30年～令和元年)

10 保育料について

保育料月額(おやつ代を除く) 15,000円(1人当たり平均)

おやつ代月額 2,000円(1人当たり平均)

合計 17,000円(1人当たり平均)

※保育料月額(食事代は含むがおやつ代は含まない)が、児童一人あたり平均10,000円未満になる施設は、補助対象にはなりません(保育所規則等で確認)。

11 委託の有無 有 ・ 無  
委託先名 ( )

(注) 当補助金の交付と対象経費を重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。