

病院内保育所に関する調査票の記入要領

1 現在有している病院内保育所又は設置予定の病院内保育所について

- ①病院内保育所の有無 有・設置を検討中・無のいずれかに○をつけてください。
無の場合はこれで終わりです。
- ②病院内保育所名 保育所の名称を記入してください。
- ③運営方法 直営・委託のいずれかに○をつけてください。
- ④設置年月日 設置した年月日を記入してください。
- ⑤看護職員の保育児童数 看護職員及び他の病院職員別に児童数を記入してください。
- ⑥保育士数 実数を記入してください。
- ⑦保育時間 保育の時間を記入してください。
- ⑧夜間保育の有無、⑨病児保育の有無、⑩24時間保育の有無
有・無のいずれかに○をつけてください。
- ⑪保育料（月額） 月額保育料を記入してください。
料金に幅がある場合は、〇〇〇円～〇〇〇円と記入してください。
- ⑫県以外の補助金の有無 有・無のいずれかに○をつけてください。
有の場合は補助金の名称を記入してください。

2 令和6年度病院内保育所運営費に係る当課の補助金希望の有無について

- ⑬当課補助金希望の有無 補助要件は、次の要件を全て満たすこと。
有・無・補助要件非該当のいずれかに○をつけてください。

ア 設置主体は、国公立及び公的病院を除く団体等であること

イ 既設の場合は、令和6年4月において、開設後10か年を経過していない施設であること

ウ 新規設置の場合は、令和6年4月1日までは開設していること

エ 企業主導型保育事業による助成金（公益財団法人 児童育成協会）又は事業所内保育施設設置
・運営等支援助成金（大分労働局）と重複しないこと

オ 保育士等は、2人以上雇用すること

カ 保育時間は、8時間以上であること

キ 児童数は、1人以上6人未満であること

3 令和7年度病院内保育所の施設整備（新築、改築等）の実施の有無

- ⑭施設整備の予定 有・無のいずれかに○をつけてください。
有の場合、県より問い合わせの連絡をすることがあります。