送信先　大分県福祉保健部医療政策課看護班　小野行き（ＦＡＸ　０９７－５０６－１７３４）

別紙１

　病院内保育所に関する調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

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（1～2年以内）　・　無 |
|  病院内保育所「有」の場合は、令和６年４月１日現在の状況を、以下に記入してください。「設置を検討中」の場合は、以下に予定を記入してください。 |
| ②病院内保育所名 |  |
| ③運営方法 | 直　営　　　・　　　委　託 |
| ④設置年月日 |  昭和・平成　　　　年　　　月　　　　日 |
| ⑤看護職員の保育児童数 ※看護職員とは、保健師・助産師・看護師・准看護師 |  | 区分 | 看護職員の児童数 | 他の病院職員の児童数 |  |
| ０歳児 |  　 　名 |  　 　名 |
| ３歳児未満 |  　 　名 |  　 　名 |
| ３歳児～就学前まで |  　 　名 |  　 　名 |
| 就学後 |  　名 |  　名 |
|  　　 計 |  　名 |  　名 |
| ⑥保育士数 | 実数　　　　人 |
| ⑦保育時間 |  午前　　　時　　　　分～ 　　午後　　　　時　　　　分 |
| ⑧夜間保育の有無 | 　　　　　 有　　・　　無 |
| ⑨病児保育の有無 | 　　　　　 有　　・　　無　　 |
| ⑩２４時間保育の有無 | 　　　　　 有　　・　　無 |
| ⑪保育料（月額） |  　　　 円 |
| ⑫県以外の補助金の有無 | 　　　　　 有　　・　　無 有の場合の補助金名 （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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次の項目は、①病院内保育所の有無が、「有」に該当し、補助要件（別紙２記入要領等参照）を満たす施設のみ有・無のいずれかに○をつけてください。 |
| ⑬当課補助金希望の有無 | 　　　　　有　　・　　無 ・補助要件非該当 |

 ３　令和７年度病院内保育所の施設整備（新築、改築等）の実施予定の有無

|  |  |
| --- | --- |
| ⑭施設整備の予定 | 有　　・　　無 |

 　　　 担当者　職氏名　　　　　　　　　　　　　　℡

ありがとうございました。