仙 台 市 長　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 施設・事業所名 |  |
| 設　　置　　者  (法人名及び代表者名) |  |

**令 和 ６　年 度 管理者の配置にかかる確認書**

当施設における，管理者の配置は下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要件（\*1～3）をすべて満たす管理者の配置  ※該当するものに☑ | | * 配置あり * 配置あり（対象者変更） | 減算非該当 |
| ☑　配置なし（取下げ含む） | 減算適用 |
| 減算非該当月　または　減算適用月 | | 令和　６　年　４　月 | |
| 職名 | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 兼務の場合の 兼務職名 | |  | |
| 変更・取下の場合の  事　由 | |  | |
| 生 年 月 日 | | 昭和　・　平成　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 管理者の要件 | 給付費からの給与支出（\*1）  ※いずれかに☑ | □　有　　・　□　無  ※「無」の場合は，減算調整の対象となります。 | |
| 常時実際に運営管理の  業務に専従している（\*2）  ※いずれかに☑ | □　該当　　・　　□　非該当  ※「非該当」の場合は，減算調整の対象となります。  ※管理者が保育のシフトに入っている等，運営管理の業務に専従していると認められない場合は，減算調整の対象となります。 | |
| 児童福祉事業に2年以上従事又は  公的機関等の実施する所長研修等  を受講している（\*3）  ※いずれかに☑，期間を記入する | □　該当　　・　　□　非該当  　※「非該当」の場合は，減算調整の対象となります。  ・児童福祉事業従事期間  (　　 年 　　月　　日～ 　　年 　月　　日）  ・所長研修等受講終了日（　　　　年　　月　　日） | |

【添付書類】

　・保育所等の管理者の履歴書

・児童福祉事業従事期間の証明書（２年以上）

・所長研修等の修了証の写し（児童福祉事業に２年以上従事していない場合のみ）