

PDF帳票記入例
(LoGoフォームでの入力
が自動反映されます)

東京都フリースクール等支援事業補助金
事業計画書兼補助対象明細書

法人の設立年月日、個人事業主の開業日を
記載してください。

個人事業主の場合は、屋号もしくは施設名を
入力してください。

1 補助対象者について

運営形態	☒ 法人 ☐ 個人	会社名、屋号等	特定非営利活動法人テスト	設立年月日 (西暦)	2023年1月1日
会社所在地	163-8001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1				
本社所在地が都 外の場合の都内 責任者	都内責任者氏名	東京太郎	会社電話番号	0300000000	
	メールアドレス	フリースクール等の事業を開始した日を 記載してください。		※電話番号は緊急時につながる連絡先をご記入ください。	
	都内責任者勤務地				
実施事業	(1)フリースクール等	事業開始年月日 (西暦)	2023年1月1日	運営施設数 (うち都内施設数)	2 (1 施設)
	(2)その他事業	事業種別	事業内容		
		教育関連事業	学習塾		
		フリースクール等以外に事業を行っている 場合は、内容を記載してください。			

2 支援対象施設について

(1) 施設概要

施設名称	フリースクールテスト		施設責任者	東京太郎	
電話番号	08000000000		メールアドレス	test@xxxx.com	
	※電話番号は緊急時につながる連絡先をご記入ください。		会社所在地と支援対象施設住所 が同一	☐ はい ☒ いいえ	
施設所在地	東京都渋谷区□□丁目○○			設立年月日	2024年1月1日
ホームページURL					
不登校の児童生徒の支援を主たる目的と していることを客観的に証明する資料		☐ 上記HPへの掲載 ☒ パンフレット等 ☒ 定款・規則等 ☐ その他(資料名:)			
小中学生を 対象とする 開所日・ 開所時間	曜日	開所時間		備考	
	月	9:00	～ 18:30		
	火	8:30	～ 15:00		
	水	9:00	～ 15:00	16時以降は塾として開所	
	木	9:30	～ 15:00	16時以降は塾として開所	
	金		～	月2回不定期開所	
	土		～		

開所日・開所時間は、フリースクール等事業の
小中学生が対象となる日時のみ記入してください。

施設の運営方針を記載してください。

(2) 運営内容

運営方針

不登校の小学生及び中学生を対象に、学習支援を中心としたサポートを提供している。学習を通じて達成感を得ることや、職員との関わりを通じて社会と繋がることを目指している。

施設で提供している支援内容を記載してください。

提供している
支援内容

小学生対象：不登校サポート、学習支援、ソーシャルスキルトレーニング
中学生対象：進学指導、課外活動、保護者への面談

在籍人数は、すべての受入年次で在籍している人数を記入してください。小規模特例を希望する場合は参考様式「小規模特例対象在籍者一覧」をご提出ください。
※在籍人数：令和7年7月1日時点で利用契約を締結している者。
定期的な契約の料金体系がない場合は、令和7年4月から6月までの期間において、月1回以上継続的に施設を利用していた者の人数

受入年次

小学生 ☐ 中学生 ☒ その他 ()

総在籍人数

30

名

※高校生等やオンラインのみ在籍も含む

通所人数

小学生

10

名 (うち都内在住

8

名)

中学生

10

名 (うち都内在住

10

名)

職員数

3

名 (うち非常勤

2

名)

資格分類

資格名

保有者数 (人)

職員数は、雇用契約を締結している者 (代表者を除く) を記載してください。

教員免許

教員免許 (中学校第一種社会)

1

その他

臨床心理士

1

その他

社会福祉士

2

施設職員等

職員保有資格

申請を希望する経費の種別区分を記載してください。
※申請要件に合致しない区分は選択できません。

(3) サポートプランの作成等にかかる経費

①申請区分

新規

②サポートプランの作成等にかかる経費の種別

通常

③サポートプラン作成方法等

各事業者で使用している様式をサポートプラン独自様式として使用する場合は、事前に都の確認を受けてください。

使用様式	☒ 標準様式	☐ 任意様式（東京都確認日・確認番号	
サポートプラン作成等対象人数 ※サポートプラン作成等対象児童生徒一覧の合計人数を入力してください。		20	名（うち都内在住 18 名）

④サポートプランの作成等の業務を担う職員（補助対象職員）

サポートプラン作成・都への提出に同意のある人数を記載してください。
※氏名を見えないようにした同意書の提出が必要です。

ア 常勤職員

氏名	東京花子	所属・役職	施設長
月額賃金	300,000	円	控除額
賃金額（補助対象期間合計）	1,800,000	円	
保有資格、 子供関連施設での従事経験等	臨床心理士・社会福祉士、児童養護施設勤務10年5か月（非常勤）		
業務内容	・入所時面談（子供及び保護者） ・在籍児童生徒のサポートプラン作成 ・定期面談（子供及び保護者、月1回程度） ・ソーシャルスキルトレーニング実施（週3回） ・外部講師との調整		

「通常」・「小規模施設の特例」で申請

他団体からの補助金等を受領している場合は、交付申請関係書類「控除額明細」のうち各項目に該当する金額を記入してください。

補助対象経費		(B)	
賃金額 (A) (補助対象期間合計)	控除額 (B)	(C)	$((A)-(B)) \times (C)$
1,800,000		0.75	1,350,000

<補助限度額の計算>（単位：円）

開所日数によって補助限度額が異なります。
LoGoフォームに入力された日数をもとに、自動計算します。

開所日数	1月当 上限額 (E)	(F)	(G)
		(E) × (F)	
週 4	195,000	6か月	1,170,000

「代表者の特例」で申請する方はこちらで計算します。（単位：円）

報酬日額 (A)	勤務日数 (B) (補助対象期間合計)	控除額 (C)
10,000		

勤務日数合計は、補助対象期間内の
開所日合計を超えないでください。

交付申請額 (D)と(G)のうち少ない額 または(A)×(B) - (C)
1,170,000

イ 非常勤職員

対象職員	雇用状況	時給	一日当たり勤務時間	勤務日数 (補助対象期間 合計)	控除額	業務（予定）内容
都庁次郎	雇用中	1,500 円	6 時間	100 日	0 円	・ サポートプラン作成補助 ・ 面談補助（子供及び保護者）
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
		円	時間	日	円	
			時間	日	円	
			時間	日	円	

勤務日数合計は、補助対象期間内の開所日合計を
超えないでください。
(補助対象となる職員は1日1名のみ)
開所日合計の上限は、週〇日開所×26週となります。

非常勤職員 勤務日数合計	※補助対象とする職員のみを記入してください。（補助対象となる職員は1日1名のみです。） ※勤務日数は交付決定後に追加することはできません。 ※今後、職員の雇用予定がある場合は、現時点での予定している雇用条件を業務（予定）内容欄に記入してください。 なお、雇用後は届出が必要になります。
100	

非常勤職員の人件費の交付申請額はこちらで計算します。（単位：円）

サポートプラン作成等にかかる経費 (非常勤) 合計額 (A)×3/4=(B)	補助限度額 (C)	交付申請額 (B)と(C)のうち少ない額
600,000	750,000	600,000

※補助限度額の日額：6,000円
※補助率：3/4