

東かがわ市規則第7号

東かがわ市乳児等支援給付認定に関する規則をここに公布する。

令和8年2月19日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市乳児等支援給付認定に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第30条の15第1項の規定による乳児等支援給付の認定（以下「認定」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則に定めるもののほか、この規則で使用する用語の意義は、子ども・子育て支援法、子ども・子育て支援法施行規則（平成26年内閣府令第44号。以下「府令」という。）で使用する用語の例による。

(認定の申請等)

第3条 認定を受けようとする子どもの保護者は、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書（様式第1号）を市に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書は、特定乳児等通園支援事業者を経由して提出することができる。
- 3 特定乳児等通園支援事業者は、市との連携に努めるとともに、前項の規定により第1項の申請書の提出を受けたときは、速やかに、市に当該申請書を送付しなければならない。

(支給認定証の交付)

第4条 市は、認定を行ったときは、乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）（様式第2号）を交付し、保護者に通知する。

- 2 前条第2項の規定により特定乳児等通園支援事業者を経由して申請書が提出された場合における支給認定証の交付は、当該申請の際に経由した特定乳児等通園支援事業者を経由して行うことができる。

(乳児等支援給付認定の取消しを行う場合の手続)

第5条 乳児等支援給付認定保護者は、認定の有効期間内において、その認定を取り消そうとするときは、速やかに、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定消滅届出書（様式第3号）を市長に提出するものとする。

- 2 市は、認定の取消しを行ったときは、乳児等支援支給認定取消通知書（様式第4号）により乳児等支援給付認定保護者に通知し、支給認定証の返還を求めるものとする。

(認定申請内容の変更の届出)

第6条 乳児等支援給付認定保護者は、認定の有効期間内において、府令第28条の22第1項各号に掲げる事項を変更する必要があるときは、速やかに、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更届出書（様式第5号）に支給認定証を添付して、市に提出しなければならない。

2 前項の変更届出書には、府令第28条の26第1項第3号の事項を証する書類を添付しなければならない。ただし、市は、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

（支給認定証の再交付）

第7条 市は、支給認定証を破り、汚し、又は失った乳児等支援給付認定保護者から、認定の有効期間内において、支給認定証の再交付の申請があったときは、支給認定証を交付するものとする。

2 前項の申請をしようとする乳児等支援給付認定保護者は、乳児等支援給付支給認定証再交付申請書（様式第6号）を、市に提出しなければならない。

3 支給認定証を破り、又は汚した場合の前項の申請には、同項の申請書に、その支給認定証を添付しなければならない。

4 支給認定証の再交付を受けた後、失った支給認定証を発見したときは、速やかに、これを市に返還しなければならない。

（こども誰でも通園制度総合支援システムの利用）

第8条 この規則に規定する事項について、市及び保護者はこども誰でも通園制度総合支援システムにより行うことができる。

（補則）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、令和8年4月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

2 この規則の施行に際し必要な準備行為については、この規則の施行前においても行うことができる。

様式第1号 (第3条関係)

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

東かがわ市長 様

年 月 日

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 東かがわ市が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村長及び住所情報、申請者等の情報(要配慮個人情報を含む)等を利用することに同意します。	
	<input type="checkbox"/> 東かがわ市が、乳児等支援給付の認定のため、関係市町村から申請者及び申請児童に係る情報(要配慮個人情報を含む)や制度の利用状況に係る情報を取得することに同意します。	
	<input type="checkbox"/> 申請した内容に変更がある場合には、必要な手続き(乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続き等)を行うことに同意します。	

申請者(保護者) ※児童と同居している方が申請者になります	フリガナ		生年月日		性別		児童との続柄	
	氏名							
	現住所	〒						
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒					
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒					
電話番号			メールアドレス					
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※生活保護を受けている場合、市町村民税所得割が77,101円未満の場合である場合及び市町村が支援が必要と認めた場合又は「有」とチェックしてください。 ※本年1月1日現在、住民票がない場合は、住民票の「市町村長宛郵便物」及び「市町村長宛給付請求書」の写しなど必要な書類を添付してください。						
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
既に就学を受けている児童の有無 ※認定期間内の児童に限る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	フリガナ		生年月日		児童との続柄			
	氏名							
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒					
	電話番号			メールアドレス				

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)の認定を受けようとする児童	種別を希望する児童の数							
	1	フリガナ		生年月日		性別		
		氏名						
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄	
		障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他			
		その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> 指示書等の添付) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)			
	2	フリガナ		生年月日		性別		
		氏名						
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄	
		障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他			
		その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> 指示書等の添付) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)			
	3	フリガナ		生年月日		性別		
	氏名							
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄		
	障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他				
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> 指示書等の添付) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)				

様

東かがわ市長

乳児等支援支給認定証(こども誰でも通園制度認定証)

先に申請のありました乳児等支援給付認定について、下記のとおり認定しました。

記

乳児等支援支給認定証番号	
児童氏名	
児童生年月日・性別	年 月 日
保護者住所	
保護者氏名	
保護者生年月日	年 月 日
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 なお、保育所や認定こども園等に入所した場合は、上記期間内であっても認定が取り消されます。 また、保護者の方が市区町村外に転居した場合は、認定が取り消されます。
交付年月日	年 月 日

障害児加算	
医療的ケア児加算	
要支援家庭のこども加算	
負担軽減加算	
負担軽減加算適用開始日	年 月 日

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に市区町村を被告として(訴訟において市区町村を代表する者は市区町村長となります。)提起することができます。(なお、決定を知った日から6月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)ただし、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様式第3号 (第5条関係)

年 月 日

東かがわ市長 様

届出者氏名

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定消滅届出書

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定の消滅について届出します。

フリガナ		ログインID(メールアドレス)	
保護者名		生年月日	年 月 日生
		住所	
		電話番号	

フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			

消滅理由	<input type="checkbox"/> 引越し【異動日 年 月 日】※転出証明書の異動日と同じ日付を記載してください。 【転出先市町村名 都道府県 市町村】
	<input type="checkbox"/> 入所・入園等
	<input type="checkbox"/> その他()

様

東かがわ市長

印

乳児等支援支給認定取消通知書

乳児等支援給付認定を下記のとおり取り消しましたので、通知します。

記

乳児等支援支給認定証番号	
児童氏名	
保護者氏名	
取消年月日	年 月 日
取消理由	

支給認定証を東かがわ市保育教育課に提出してください。

提出期限： 年 月 日

ただし、既に支給認定証を提出されている方は、提出不要です。

提出先 香川県東かがわ市湊1847番地1

東かがわ市保育教育課 TEL(0879)26-1231

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に東かがわ市を被告として（訴訟において東かがわ市を代表する者は東かがわ市長となります。）提起することができます。（なお、決定を知った日から6月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様式第5号 (第6条関係)

年 月 日

東かがわ市長 様

届出者氏名

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定変更届出書

次のとおり、乳児等支援給付認定の変更について届け出ます。

※変更後の内容で記入してください。

フリガナ		ログインID (メールアドレス)	
保護者名		生年月日	年 月 日生
		住所	
		電話番号	

フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童氏名			

以下に、変更箇所と内容を記載します。

変更箇所	<input type="checkbox"/> 氏	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> その他
------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

変更内容	<input type="checkbox"/> 変更前の氏 () <input type="checkbox"/> 変更前の住所 () <input type="checkbox"/> 変更前の電話番号 () <input type="checkbox"/> その他変更事項 ()
------	--

変更理由	<input type="checkbox"/> 婚姻等	<input type="checkbox"/> 引越し	<input type="checkbox"/> その他 ()
------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

様式第6号 (第7条関係)

乳児等支援給付支給認定証再交付申請書

東かがわ市長 様

次のとおり支給認定証の再交付を申請します。

申請者(保護者)	フリガナ		児童との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)の認定児童	再交付を希望する児童の数				
	1	フリガナ			
		氏名		生年月日	
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	
	2	フリガナ			
		氏名		生年月日	
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	
	3	フリガナ			
		氏名		生年月日	
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	

申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他
-------	-------------------------------

※1 これまで使用していた支給認定証を添付してください。(紛失した場合を除く)
 ※2 紛失の場合、再交付後失った支給認定証を発見したときは、速やかに東かがわ市 保育教育課に提出してください。