

相馬市乳児等通園支援事業実施要綱

(目的)

第一条 この要綱は、市が実施する乳児等通園支援事業（以下「乳児等通園支援事業」という。）に関し、乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施要綱（令和七年三月三十一日付けこ成保第二百五十七号こども家庭庁成育局長通知別紙）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第二条 この要綱における用語は、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。）において使用する用語の例による。

(実施施設等)

第三条 乳児等通園支援事業を実施する施設等は、次の各号に掲げる施設等のうち、法第三十四条の十五第二項の認可を受けた施設等とする。

- 一 保育所
- 二 学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する幼稚園（以下「幼稚園」という。）
- 三 認定こども園
- 四 小規模保育事業を行う事業所
- 五 家庭的保育事業を行う事業所
- 六 法第五十九条の二第一項の規定に基づき、市に届出をしている認可外保育施設
- 七 企業主導型保育施設（企業主導型保育事業等の実施について（平成二十九年四月二十七日付け府子本第

三百七十号・雇児発〇四二七第二号内閣府子ども・子育て本部統括官・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長連名通知）に基づき内閣府から助成を受けている施設をいう。以下同じ。）

八 その他市長が適当と認める事業所

（対象児童）

第四条 乳児等通園支援事業の対象となる児童は、利用当日において生後六月から満三歳未満の児童のうち、次の各号のいずれにも該当する児童とする。

一 市内に住所を有している児童

二 保育所、幼稚園、認定こども園、子ども・子育て支援法（平成二十四年法律第六十五号）第七条第五項に規定する地域型保育事業を行う施設又は企業主導型保育施設を利用していない児童

（開設日等）

第五条 乳児等通園支援事業を実施する事業者（以下「実施事業者」という。）は、開設日、利用定員、乳児等通園支援事業の利用に係る費用の実費相当額等（以下「開設日等」という。）を適切に設定しなければならない。

（利用申請）

第六条 乳児等通園支援事業を利用しようとする保護者は、相馬市乳児等通園支援事業利用申請書（様式第一号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、利用の可否を決定したときは、相馬市乳児等通園支援事業利用（承諾・不承諾）通知書（様式第二号）により当該保護者に通知するものとする。

(申請内容の変更)

第七条 前条の規定による利用の承諾を受けた保護者は、その申請事項に変更が生じたときは、相馬市乳児等通園支援事業利用申請変更届出書(様式第三号)により市長に届け出なければならない。

(委任)

第八条 この要綱に定めるもののほか、乳児等通園支援事業の実施に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

相馬市乳児等通園支援事業利用申請書

相馬市長 様

次のとおり、乳児等通園支援事業の利用について申請いたします。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業の利用にあたり必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を利用施設へ提供することに同意します。

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		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				
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右欄（1）～（4）への該当 <input type="checkbox"/> 有（ 1 2 3 4 ） ※いずれかに○		（1）生活保護世帯 該当する場合は、生活保護受給証明書を添付 （2）市町村民税非課税世帯 （3）市町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯非課税世帯 （2）（3）に該当する場合は、市町村民税課税所得証明書を添付 （※本年又は前年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に限る） （4）その他支援児童等のいる世帯			
既に許可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	<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						

乳児等通園支援事業を利用しようとする児童	利用を希望する児童の数			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		〒				申請者との続柄			
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金							
	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：）							
	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		〒				申請者との続柄			
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金							
	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：）							
	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		〒				申請者との続柄			
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金							
	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

相馬市長 印

相馬市乳児等通園支援事業利用（承諾・不承諾）通知書

年 月 日付で申請のあった相馬市乳児等通園支援事業の利用について、下記のとおり決定したので、相馬市乳児等通園支援事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

1 承諾

承諾番号	
児童氏名	
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日
世帯の区分 ※該当する場合のみ	(1) 生活保護世帯
	(2) 市町村民税非課税世帯
	(3) 市町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯
	(4) その他要支援児童等のいる世帯
	適用期間
備 考	<p>1. 初めて利用する施設では事前面談があります。利用の際は、必ず利用予定の施設に事前連絡をしてください。</p> <p>2. 次のいずれかに該当するときは、利用することができません。</p> <p>(1) 1か月の利用時間が10時間を超えたとき。</p> <p>(2) 児童が保育所等に入園したとき。</p> <p>(3) その他市長が利用を不相当と認めるとき。</p> <p>3. 申請内容に変更があったときは、必ず届け出てください。</p>

2. 不承諾

理 由	
-----	--

相馬市長様

届出者氏名

相馬市乳児等通園支援事業利用申請変更届出書

次のとおり、変更がありましたので届出します。
 ※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
子どもの氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
子どもの氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
子どもの氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
子どもの氏名			

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 ()
------	--