

上野原市乳児等支援給付認定等に関する規則をここに公布する。

令和8年2月27日

上野原市長

上野原市規則第3号

上野原市乳児等支援給付認定等に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、乳児等支援給付認定について、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「法」という。）、子ども・子育て支援法施行令（平成26年政令第213号。以下「政令」という。）及び子ども・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。）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2条 この規則で使用する用語の意義は、法、政令及び府令において使用する用語の例による。

(乳児等支援給付認定の申請等)

第3条 府令第28条の2第1項の規定による申請は、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）により行うものとする。

(乳児等支援給付認定の変更)

第4条 府令第28条の2第1項の規定による届出は、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更届（様式第2号）により行うものとする。

(認定申請又は変更の通知)

第5条 市長は、前2条の申請又は届出を受けたときは、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3号）により当該申請又は届出を行った者に通知するものとする。

(乳児等支援給付認定の取消し)

第6条 市長は、法第30条の18第1項の規定により乳児等通園給付認定を取り消したときは、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消し通知書（様式第4号）により、当該乳児等支援給付認定保護者に通知するものとする。

(乳児等支援給付認定証の再交付)

第7条 府令第28条の27第1項の規定による申請は、乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）再交付申請書（様式第5号）により行うものとする。

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。

(準備行為)

2 この規則による乳児等支援給付認定等のために必要な準備行為は、この規則の施行の日前においても、これを行うことができる。

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

上野原市長 宛

次のとおり、乳児等通園支援給付に係る認定について申請いたします。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 上野原市が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報（要配慮個人情報含む）等を利用することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 上野原市が、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	※生活保護を受給している場合、市町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯である場合及び市町村が支援が必要と認めた世帯である場合は「有」を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、世帯全員の「課税証明書（所得証明書）」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					
既に認定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申請者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	フリガナ		生年月日	性別	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	確認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	〒			
	障害等の有無	<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（医師の診断及び指示〈生活管理指導表を添付〉： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）				
		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	〒						
	障害等の有無	<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（医師の診断及び指示〈生活管理指導表を添付〉： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）					
	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	〒					
		障害等の有無	<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（医師の診断及び指示〈生活管理指導表を添付〉： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）					
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	〒						
	障害等の有無	<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（医師の診断及び指示〈生活管理指導表を添付〉： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入）					

上野原市長 宛

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

次のとおり、乳児等支援給付認定の変更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
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日生
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

上野原市長



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通園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、保護者の方が市外に転出した場合は、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月以内に上野原市を被告として（訴訟において上野原市を代表する者は上野原市長となります。）、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裁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

上野原市長



乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消し通知書

子ども・子育て支援法第30条の18の規定に基づき、下記のとおり乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定を取消しましたので通知します。なお、乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）を期日までに返還してください。

記

乳児等支援支給認定証番号	
認定年月日	
児童氏名	
児童生年月日	
認定取消の理由	<input type="checkbox"/> 乳児等支援給付認定子どもが支給対象小学校就学前子どもに該当しなくなったため。 <input type="checkbox"/> 乳児等支援給付認定保護者が上野原市以外の市町村の区域内に居住地を有することとなったため。 <input type="checkbox"/> 乳児等支援給付認定保護者が法第30条の17第1項の規定に違反したため。 <input type="checkbox"/> 政令第15条の8の規定に該当したため。 （内容 ）
乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）の返還先	
乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）の返還期日	年 月 日まで

上野原市長 宛

乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）再交付申請書

次のとおり、乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）の再交付を申請します。

1. 申請者（乳児等支援給付認定保護者）

氏名	住所
(フリガナ)	
生年月日	連絡先

2. 再交付が必要な乳児等支援給付認定子ども

氏名	生年月日	乳児等支援給付認定 保護者との続柄
(フリガナ)		

3. 再交付申請の理由

- 紛失（紛失した乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）を発見したときは、速やかに返還してください。）
- 汚損、破損（乳児等支援支給認定証（こども誰でも通園制度認定証）を添付してください。）
- その他（ ）