

## 砥部町乳児等通園支援事業実施要綱

令和8年3月26日  
砥部町告示第68号

(趣旨)

第1条 この告示は、児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)第34条の15第1項で規定する乳児等通園支援事業(以下「事業」という。)の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、砥部町(以下「町」という。)とする。

(実施施設)

第3条 事業を実施する施設(以下「実施施設」という。)の名称及び位置は、次の表のとおりとする。

名称	位置
砥部町立麻生保育所	砥部町麻生 216 番地
砥部町立広田保育所	砥部町総津 382 番地
砥部町立砥部こども園	砥部町大南 710 番地
砥部町立宮内幼稚園	砥部町川井 1651 番地

(対象児童)

第4条 事業の対象となる児童は、町の区域内に居住する満0歳6か月から満3歳未満の児童(以下「児童」という。)で、かつ、次の各号に掲げる施設のいずれにも在籍していない児童とする。ただし、重篤な疾病などにより、集団生活が困難であると実施施設の管理者が判断した児童は除く。

- (1) 法第39条に規定する保育所(以下「保育所」という。)
- (2) 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(平成18年法律第77号)第2条第6項に規定する認定こども園(以下「認定こども園」という。)
- (3) 法第6条の3第9項に規定する家庭的保育事業を行う施設(以下「家庭的保育事業所」という。)
- (4) 法第6条の3第10項に規定する小規模保育事業及び同条第12項に規定する事業所内保育事業を行う施設であって、法第34条の15第2項の認可を受けた地域型保育事業所(以下「地域型保育事業所」という。)
- (5) 学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する幼稚園(以下「幼稚園」という。)
- (6) 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第59条の2に規定する

仕事・子育て両立支援事業に取り組む企業主導型保育施設(以下「企業主導型保育施設」という。)

(事業の内容)

第5条 実施施設は、乳児等通園支援(事業として行う児童への遊び及び生活の場の提供並びにその保護者との面談及び当該保護者への援助をいう。以下同じ。)を行うものとする。

2 乳児等通園支援は、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準(昭和23年厚生省令第63号)第35条に規定する内閣総理大臣が定める指針(保育所保育指針)に準じ、事業の特性に留意して、事業を利用する児童(以下「利用児童」という。)及びその保護者の心身の状況等に応じて提供されなければならない。

(利用定員及び事業を実施する日時)

第6条 利用定員(同一の施設及び時間帯において同時に利用できる人数をいう。以下同じ。)及び事業を実施する日時は、利用の希望状況や職員の配置状況などに応じて、実施施設ごとに町長又は実施事業者が定める。

2 町長又は実施事業者が特に必要があると認めるときは、前項に定める利用定員及び事業を実施する日時を変更することができる。

(利用可能時間)

第7条 事業を利用することができる時間は、児童1人につき1月当たり10時間を上限とする。

(実施の基準等)

第8条 事業は、砥部町乳児等通園支援事業の設備及び運営に関する基準を定める条例(令和7年砥部町条例第30号)の規定に基づき実施するものとする。

(実施方式)

第9条 実施施設は、乳児等通園支援事業の設備及び運営に関する基準(令和7年内閣府令第1号。以下「基準」という。)第20条に定める一般型乳児等通園支援事業又は余裕活用型乳児等通園支援事業のいずれかの事業を実施するものとする。

(認定申請)

第10条 事業を利用しようとする児童の保護者は、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)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請があったときは、内容を審査のうえ認定の可否を決定し、その結果を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)により当該申請者に通知するものとする。

(認定内容の変更)

第 11 条 認定児童の保護者は、認定事項に変更が生じたときは、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 3 号)を町長に提出しなければならない。

(認定の抹消)

第 12 条 認定児童の保護者は、認定を抹消したいときは、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 4 号)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、認定児童が次の各号に定める事項に該当するときは、認定を抹消するものとする。

(1) 認定児童の保護者から前項に定める消滅届出書の提出を受けたとき。

(2) 認定児童が転出したとき。

(3) 認定児童が満 3 歳に到達したとき。

(4) 認定児童が保育所、認定こども園、家庭的保育事業所、地域型保育事業所、幼稚園又は企業主導型保育施設のいずれかに入所したとき。

(利用申込み)

第 13 条 認定児童の保護者は、利用を希望する日の 7 日前までに、実施施設にこども誰でも通園制度総合支援システム又はその他の方法により利用申込みを行わなければならない。

2 実施施設は、前項の利用申込みがあった場合は、利用定員の範囲内において当該児童の受入れをしなければならない。ただし、職員配置、事業所の機能等の正当な理由により事業の提供が困難である場合は、その具体的な理由とともに町長に報告しなければならない。

3 第 1 項の利用申込みを受け付けた実施施設は、当該利用児童が当該実施施設を初めて利用する場合は、利用児童の氏名及び生年月日を町長に報告するものとする。

4 町長は、実施施設から前項の報告があったときは、当該児童の認定内容を、実施施設に提供するものとする。

5 前項の提供を受けた実施施設は、利用の可否を判断し、その結果を速やかに認定児童の保護者に伝達するものとする。

(事前面談等)

第 14 条 実施施設は、利用児童が初めて事業を利用する前に、制度の意義や利用に当たっての基本的事項等の伝達を行い、事業を利用する児童の特徴や保護者の意向等を把握することを目的として、保護者と事前の面談を行うことができる。

2 実施施設は、保育に慣れるまで時間のかかる児童に対する対応として、利用の初期に親子通園(保護者と利用児童が、保育室等で保育の様子を一緒に

見学し、保育士からの助言等を受けられる支援のことをいう。以下同じ。)を行うことができる。ただし、児童の育ちの観点から、親子通園が長期間続く状態や利用の条件になることがないよう留意しなければならない。

(費用の負担)

第15条 利用児童の保護者は、利用児童1人につき1時間当たり300円の費用を負担しなければならない。ただし、次の各号に掲げる世帯については、利用児童1人につき1時間当たりの費用は、当該各号に掲げる額とする。

(1) 第10条第1項の申請に基づき、生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯であると町長が認めた世帯 0円

(2) 保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度(8月までは前年度、9月以降は当年度とする。以下同じ。)分の市町村民税所得割合算額が77,101円未満である世帯(前号の場合を除く。) 利用児童1人につき1時間当たり100円

2 前項各号に掲げる世帯のほか、要保護児童対策地域協議会に登録された児童(法第6条の3第5項に規定する要支援児童又は同条第8項に規定する要保護児童をいう。)が属する世帯又は特に支援が必要であると町長が認めた世帯については、利用児童1人につき1時間当たりの費用を100円とすることができる。

(実施報告)

第16条 実施施設は、事業完了後、事業の実施実績を速やかに町長に報告しなければならない。

(その他)

第17条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

# 様式第1号(第10条関係)

## 乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)認定申請書

砥部町長 様

次のとおり、乳児等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"/> 居住する市町村が、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"/> 居住する市町村が、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	※生活保護を申請している場合、市町村民税等納付額が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られ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、世帯委員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しと必要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利用者	<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					

乳児等支援給付(子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								
	1	フリガナ		生年月日		性別		申請者(保護者)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	〒					
		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		申請者(保護者)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	〒					
		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		申請者(保護者)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	〒					
		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: )					

様式第2号(第10条関係)

年 月 日

様

砥部町長

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、保護者の方が町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月以内に砥部町を被告として(訴訟において砥部町を代表する者は砥部町長となります。)、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。

# 様式第3号(第11条関係)

年 月 日

砥部町長 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		保護者との続柄	
氏名		生年月日	年 月 日生

フリガナ		保護者との続柄	
氏名		生年月日	年 月 日生

フリガナ		保護者との続柄	
氏名		生年月日	年 月 日生

フリガナ		保護者との続柄	
氏名		生年月日	年 月 日生

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 <input type="checkbox"/> 引越し <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

様式第4号(第12条関係)

年 月 日

砥部町長 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
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			

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( )		
	( )		