

常滑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5月28日

常滑市長 伊藤辰矢

常滑市規則第30号

常滑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。以下「法」という。）第30条の15第1項の規定に基づく乳児等支援給付認定に関し、法、子ども・子育て支援法施行令（平成26年政令第213号）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 この規則において使用する用語は、法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)

第3条 法第30条の15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)

第4条 法第30条の15第3項に規定する乳児等支援支給認定証は、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）のとおりとする。

(乳児等支援給付認定の変更)

第5条 法第30条の17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）認定変更届出書（様式第3号）により行うものとする。

(乳児等支援給付認定の消滅)

第6条 乳児等支援給付認定保護者は、法第30条の18第1項第1号又は第2号に規定する事由に該当することとなったときは、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）を市長に提出しなければならない。

（乳児等支援給付認定の取消し）

第7条 府令第28条の25第1項に規定する書面は、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消通知書（様式第5号）のとおりとする。

（乳児等支援支給認定証の再交付）

第8条 府令第28条の27第2項に規定する申請書は、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6号）のとおりとする。

（委任）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

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

常滑市長 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	【負担軽減の申請をする場合】 ○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(市町村民税非課税世帯を含む)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。 ○以下に該当する場合は、必要な資料を添付してください。 ・4月～8月に申請をされる方で、前年1月1日現在、住民登録がなかった場合 ▶「前年度」の世帯員全員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写し等 ・9月～翌年3月に申請をされる方で、本年1月1日現在、住民登録がなかった場合 ▶「現年度」の世帯員全員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写し等							
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		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	確認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	○疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: □指示書等の添付) ○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>: □添付あり / □添付無し) ○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	○疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: □指示書等の添付) ○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>: □添付あり / □添付無し) ○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	○疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: □指示書等の添付) ○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>: □添付あり / □添付無し) ○その他(具体的に記載:)								

年 月 日

様

常滑市長

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、保護者の方が市町村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

(教示)

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で常滑市長に対して審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

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月以内に常滑市を被告として(訴訟において常滑市を代表する者は常滑市長となります。)、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

常滑市長 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6条関係）

年 月 日

常滑市長 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
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()
------	---

第 号
年 月 日

様

常滑市長

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消通知書

乳児等支援給付認定について、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	

上記の児童に係る乳児等支援支給認定証を次のとおり返還してください。

返還先	常滑市こども保育課
返還期限	年 月 日

（教示）

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で常滑市長に対して審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

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月以内に常滑市を被告として（訴訟において常滑市を代表する者は常滑市長となります。）、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。

