

猪名川町告示第36号

猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱をここに告示する。

令和8年3月18日

猪名川町長 岡 本 信 司

猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱

令和8年3月18日

要綱第26号

猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱（令和7年要綱第82号）の全部を次のように改める。

（目的）

第1条 この要綱は、全ての子どもの育ちを応援し、子どもの良質な成育環境を整備するとともに、全ての子育て家庭に対して、多様な働き方やライフスタイルにかかわらず形での支援を強化するため、猪名川町乳児等通園支援事業（以下「事業」という。）を実施することについて、必要な事項を定めるものとする。

（対象児童）

第2条 事業の対象は、利用日時点において0歳6か月から満3歳未満のうち、次の各号のいずれにも該当する児童とする。

- (1) 猪名川町内に住所を有する児童
- (2) 保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育事業所及び企業主導型保育事業所等に通っていない、又は在籍していない児童

（認定申請）

第3条 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項の規定による申請は、国が運用するつうえんポータル（総合支援システム）（以下「つうえんポータル」という。）より申請し、認定を受けるものとする。ただし、前条の児童の保護者がつうえんポータルを使用しない場合その他の書面での申請を要すると認められる場合は、乳児等支援給付認定申請書（様式第1号）により行うものとする。

（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給付認定証（以下「給付認定証」という。）の交付は、つうえんポータルにおいて電磁的記録により行うものとする。ただし、前条において認定を受けた保護者がつうえんポータルを使用しない場合その他書面での交付を要すると認められる場合は、乳児等支援給付認定証（様式第2号）により行うものとする。

(給付認定の変更に係る届出)

第5条 町長は、法第30条の17第1項の規定による届出は、乳児等支援給付認定変更届(様式第3号)により行うものとする。

2 前項の届出があったときは、当該届出に係る保護者に対し、変更後の給付認定証を交付するものとする。

(給付認定の取消し)

第6条 町長は、法第30条の18第1項の規定により乳児等支援給付認定を取り消したときは、保護者に乳児等支援給付認定取消通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(給付認定証の再交付)

第7条 子ども・子育て支援法施行規則(平成26年内閣府令第44号)第28条の27第1項の規定による申請は、乳児等支援給付認定証再交付申請書(様式第5号)により行うものとする。

(運営方法)

第8条 事業を行う者は、つうえんポータルを使用し、利用予約の調整や本町への請求等、日々の運営を行わなければならない。

(請求)

第9条 事業を行う者は1月毎に利用実績を確認し、当該月の15日までにつうえんポータルを使用し、法第30条の20第1項に規定する乳児等支援給付費の請求を本町に行わなければならない。ただし、つうえんポータルに不備が発生するなど、本町がやむを得ないと認める場合はこの限りでない。

(利用方法)

第10条 事業を利用する保護者は、つうえんポータルを使用し、利用予約の調整等を行うものとする。

(利用時間)

第11条 利用児童の1月あたりの利用時間の上限は10時間とする。この場合において、利用時間は、当月分のみ有効であり、前月以前及び翌月以降分の使用はできない。

2 事業の利用の単位は、1時間とする。

3 同一月で複数の施設を利用することはできない。

4 当日キャンセル（利用日の前日（前日が休所日の場合は、その直前の開所日）17時以降のキャンセルをいう。以下同じ。）した場合、事業を利用したものとみなす。

5 事業を行う者は、利用児童の利用時間の管理を行わなければならない。

（利用料）

第12条 町内で事業を利用した保護者は、別表1に掲げる利用料を負担しなければならない。

2 事業を行う者は、給食費、おやつ代及びその他実費を徴収しようとする際はあらかじめ当該費用を定め周知し、保護者同意の上、徴収するものとする。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業に関して必要な事項は別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

（猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱の全部改正に伴う経過措置）

2 この要綱の施行前に旧猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱第16条に規定する書類の保存義務については、なお従前の例による。

別表 1 (第 1 2 条関係)

区分	利用料 (児童 1 人 1 時間あたり)
生活保護世帯	0 円
市町村民税所得割合算額 7 7, 1 0 1 円未満の世帯 要支援児童のいる世帯	1 0 0 円
上記以外の世帯	3 0 0 円

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

猪名川町長 様

乳児等支援給付認定申請書

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、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"/> 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)	フリガナ		生年		性別		児童との続柄	
	氏名		月日					
	現住所	〒						
※児童と同居している方が申請者になります	本年1月1日時点の住所※1	<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※2		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<small>※1 本年1月1日現在、住民票がない場合は、世帯全員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しなど必要な書類を添付してください。 ※2 生活保護を受給している場合や、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。</small>					
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			児童との続柄	
	氏名				月日				
	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				

利用希望 人数	人	利用希望 事業所		利用開始希望日	
------------	---	-------------	--	---------	--

乳児等支 援給付の 認定を受けようとする児童	1	フリガナ			生年月日		
		氏名			性別		
		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 () <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 *具体的に記載 ()		
		フリガナ			生年月日		
		氏名			性別		
	2	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 () <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 *具体的に記載 ()		
		フリガナ			生年月日		
		氏名			性別		
		フリガナ			生年月日		
		氏名			性別		
3	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 () <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 *具体的に記載 ()			
	フリガナ			生年月日			
	氏名			性別			
	フリガナ			生年月日			
	氏名			性別			

年 月 日

様

猪名川町長

乳児等支援給付認定証

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。

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

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月以内に猪名川町を被告として（訴訟において猪名川町を代表する者は猪名川町長となります。）、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3号（第5条関係）

年 月 日

猪名川町長 様

乳児等支援給付認定変更届

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。

※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

年 月 日

様

猪名川町長

乳児等支援給付認定取消通知書

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について取消しましたので、通知します。

乳児等支援支給認定証番号	
児童氏名	
取消年月日	年 月 日
取消理由	

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月以内に猪名川町を被告として（訴訟において猪名川町を代表する者は猪名川町長となります。）、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。

年 月 日

猪名川町長 様

乳児等支援給付認定証再交付申請書

次のとおり、乳児等支援給付認定証に係る再交付を申請します。

1 保護者

氏名	(フリガナ)	生年 月日		性別	
電話番号		ログインID (メ ールアドレス)			
住所	〒				

2 乳児等支援給付認定証の再交付を希望する児童

児童氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	保護者との続柄
児童氏名 1				
児童氏名 2	(フリガナ)	性別	生年月日	保護者との続柄
児童氏名 3	(フリガナ)	性別	生年月日	保護者との続柄

3 申請理由 (いずれかにチェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 紛失・滅失

※破損・汚損の場合、支給認定証を添付してください。