

千曲市告示第41号

千曲市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施要綱を次のように定める。

令和8年3月25日

千曲市長 小川 修一

千曲市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、全てのこどもの育ちを応援し、こ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、千曲市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）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。

（実施主体等）

第2条 事業の実施主体は、千曲市とする。

2 市長は、事業の全部又は一部を適切に事業実施できると認めた者（以下この条において「委託先」という。）に委託することができる。この場合において、市は、委託先との連携を密にして事業に取り組むとともに、委託先から定期的な報告を求めるものとする。

（対象児童）

第3条 事業の対象となる児童（以下「対象児童」という。）は、保育所、認定こども園、地域型保育事業、幼稚園、企業主導型保育事業所等に通っていない0歳6か月から満3歳未満の児童とする。

（実施施設）

第4条 事業は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第34条の15第2項に定める乳児等通園支援事業の認可を受けた保育所、認定こども園、小規模保育事業所、家庭的保育事業所、幼稚園、地域子育て支援拠点、企業主導型保育事業所、認可外保育施設、児童発達支援センター等（以下「実施施設」という。）において、実施することができる。

（関係法令及び要綱の基準）

第5条 実施施設は、事業の実施に当たり、千曲市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年条例第36号）その他関係法令及びこの要綱を遵守しなければならない。

（実施日等）

第6条 事業の実施日及び実施時間は、次のとおりとする。ただし、市長が特に必要があると認めたときは、この限りでない。

(1) 実施日 月曜日から金曜日まで（国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から翌年の1月3日までを除く。）

(2) 実施時間 午前9時から午後4時まで

（利用限度時間）

第7条 事業の利用限度時間は、対象児童1人につき1月当たり10時間とする。

（認定申請等）

第8条 事業を利用しようとする対象児童の保護者は、国が運用することも誰でも通園制度総合支援システム（以下「総合支援システム」という。）又はその他の方法により、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）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請に係る認定を決定したときは、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2号）により当該対象児童の保護者に通知するものとする。

3 前項の規定による認定を受けた対象児童の保護者は、対象児童に係る健康状態、成育歴、アレルギーの有無等について実施施設と直接面談等を行うものとする。

（利用予約）

第9条 前条第2項の規定による認定を受けた対象児童の保護者（以下「認定保護者」という。）が事業を利用しようとするときは、実施施設に対して、総合支援システム又はその他の方法により、利用を希望する日時を予約するものとする。

（認定内容の変更又は取消）

第10条 認定保護者は、認定内容に変更が生じたとき、又は認定の取消しを希望するときは、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更届（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による届出があったときは、認定の内容を変更し、又は認定を取り消すものとする。

（費用の負担）

第11条 事業を利用する認定保護者は、事業に要する費用として、利用する対象児童1人につき1時間当たり300円を負担するものとする。ただし、1時間以上の利用については、30分単位で利用することも可能とし、この場合、30分に係る部分の金額については1時間の単価に1/2を乗じて算出するものとする。

（減免）

第12条 市長は、低所得者世帯等から費用の減免の申請がなされた場合、別表により、保護者負担額を減免することができる。

（給食の提供）

第13条 給食等の提供については、実施施設の判断とするが、認定保護者に対応状況が分かるよう周知を行うとともに、提供を行う場合においては、衛生管理やアレルギー対応など、適切な実施に留意する。

（補則）

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

別表（第12条関係）

対象者	減免額（対象児童1人当たり）
-----	----------------

<p>ア 本事業による支援を受けた日において生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者である場合</p>	<p>1時間 300円</p>
<p>イ 保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者が地方税法（昭和25年法律第226号）規定による市民税を課されない者である場合（アに掲げる場合を除く。）</p>	<p>1時間 240円</p>
<p>ウ 保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者について地方税法の規定による市民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割の額を合算した額が7万7,101円未満である場合（ア及びイに掲げる場合を除く。）</p>	<p>1時間 210円</p>
<p>エ 要保護児童対策地域協議会に登録された要支援児童及び要保護児童のいる世帯、その他市町村が特に支援が必要と認めた世帯のうち、市がその児童及び保護者の心身の状況及び養育環境等を踏まえ、本事業に係る利用者負担額を軽減することが適当であると認められる場合（アからウに掲げる場合を除く。）</p>	<p>1時間 150円</p>

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和8年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 市長は、この告示の施行の日前においても、事業の利用登録に関する手続その他この告示を施行するために必要な準備行為を行うことができる。

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

(宛先)千曲市長

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。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度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、住所地の市町村と関係市町村が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共有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		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					

利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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		人				
	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	〒			
		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	〒				
	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:)			
	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	〒					
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:)				
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	〒					
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

千曲市長

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

認定番号	
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
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	
医療的ケア児加算等	
要支援家庭児加算	
利用料減免	
利用料減免適用年月日	年 月 日

(教示)

この決定に不服がある場合は、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月以内に、千曲市長に対して審査請求をすることができます(なお、決定を知った日から3月以内であっても、決定の日から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、市を被告として(訴訟において市を代表する者は千曲市長となります。)、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、この決定について上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

年 月 日

（宛先）千曲市長

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。

※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
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"/> 氏名 <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"/> 変更前の氏名 ()
	<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 ()