

規則

「千曲市保育所条例施行規則の一部を改正する規則」をここに公布する。

令和7年10月31日

千曲市長 小川 修一

千曲市規則第45号

千曲市保育所条例施行規則の一部を改正する規則

千曲市保育所条例施行規則（平成15年千曲市規則第47号）の一部を次のように改正する。

第4条中「別表第1」を「別表」に改める。

第9条第1項第2号中「別表第2」を「千曲市子ども・子育て支援法施行細則（平成27年千曲市規則第9号）別表」に改め、同条第2項中「別表第2」を「千曲市子ども・子育て支援法施行細則別表」に改める。

別表第2を削り、別表第1を別表とする。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号(第5条関係)

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

新規

(宛先)千曲市長

下記のとおり、教育・保育給付認定を申請し、施設の利用を申し込みます。

年 月 日 提出

申請時点 の住所	〒 -						
市内転入 後の住所	申請時点の住所が市外の場合、市内転入後の住所を記入してください。千曲市 (転入予定日: 年 月 日)						
.1.1 の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ () :	都道 府県	市区 町村	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ () :	都道 府県	市区 町村	
保護者名	フリガナ			連絡先 ()には携帯を 記入してください	自宅 ()携帯 ()携帯	- - - - - -	
児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 (.4.1現在) <input type="checkbox"/> 女	年齢	
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギーあり <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他()				障害者手帳等の有無 (療育手帳含む) 詳細は裏面下部へ 記入してください	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
利用の目的(複数選択可)		利用を希望する期間	利用曜日	保育認定区分 (利用可能時間)	実際に保育を 希望する時間		
<input type="checkbox"/> 保育利用 (保育園・認定こども園・小規模保育施設)		年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 平日のみ <input type="checkbox"/> 就労のため 土曜保育希望	<input type="checkbox"/> 保育短時間 (8H) (8:30~16:30) <input type="checkbox"/> 保育標準時間(11H) (7:30~18:30)	(利用可能時間を超える分は 延長時間保育となります)		
希望 施設	第1希望 ■	第2希望 ■	第3希望 ■	第4希望 ■			
(申込児童を除く同居者全員記入)	氏 名		児童と の続柄	生年月日	勤務先・学校名等		
			個人番号	・			
				・			
			個人番号	・			
				・			
			個人番号	・			
				・			
			個人番号	・			
		・					
世帯の 状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 理由: <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 离婚調停中 <input type="checkbox"/> その他() 児童扶養手当受給: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未手続)						
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業等						
	<input type="checkbox"/> 弟兄姉妹が同一の保育所等を希望 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業等の卒園児						
同意事項							
<ul style="list-style-type: none"> 千曲市が、教育・保育給付認定及び利用者負担額算定に必要な世帯員の情報や税務関係資料を閲覧すること。 保育料・保育所給食費(市からの直接徴収の場合)の未納がある場合は、児童手当を充当すること。 次年度一斉受付で申込みを行った場合、支給認定証は施設の利用決定とともに通知されること。 園(施設)の定員の状況や保育を必要とする理由の度合いにより第1希望の園(施設)に入園できない場合は、第2希望以降の園(施設)に入園となること。 保護者欄に記載の保護者以外が申請書を提出する場合は、下記の提出者を代理人と定め、教育・保育給付認定に係る申請の手続きに関する権限を委任すること。 							
(保護者と同じ場合は省略)							
保護者署名				提出者氏名			

保育を必要とする理由（該当する理由にチェックを入れ詳細を記入してください）

理由	保護者続柄【父・母・】		保護者続柄【父・母・】	
	該当	詳細	該当	詳細
就労	<input type="checkbox"/> 1日の就労時間：時 分から 時 分まで 就労日：□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 通勤時間：平均 時間 分(片道) 育児のための短時間勤務制度利用(予定含む) <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 1日の就労時間：時 分から 時 分まで 就労日：□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 通勤時間：平均 時間 分(片道) 育児のための短時間勤務制度利用(予定含む) <input type="checkbox"/> 有		
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日： 年 月 日		
疾病・障がい等	<input type="checkbox"/> 診断・障がい名：	<input type="checkbox"/> 診断・障がい名：		
介護・看護	被介護・看護者の氏名：	被介護・看護者の氏名：		
	申請児童との続柄：	申請児童との続柄：		
	<input type="checkbox"/> 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回)	<input type="checkbox"/> 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回)		
	施設名：	施設名：		
災害復旧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
求職活動等	<input type="checkbox"/> 求職活動中(予定) <input type="checkbox"/> 開業準備中 年 月 日開業予定	<input type="checkbox"/> 求職活動中(予定) <input type="checkbox"/> 開業準備中 年 月 日開業予定		
	<input type="checkbox"/> 学校教育法に基づく学校への在学及び通学 学校名：(年制) <input type="checkbox"/> 就学期間： 年 月 入学 年次	<input type="checkbox"/> 学校教育法に基づく学校への在学及び通学 学校名：(年制) <input type="checkbox"/> 就学期間： 年 月 入学 年次		
就学	<input type="checkbox"/> 職業訓練受講 年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 職業訓練受講 年 月 日から 年 月 日まで		
	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで		
育児休業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
虐待やDVのおそれ	<input type="checkbox"/> 相談経過あり(相談先機関名：) <input type="checkbox"/> 相談経過なし	<input type="checkbox"/> 相談経過あり(相談先機関名：) <input type="checkbox"/> 相談経過なし		
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容		
具体的な状況	特記事項がある場合、記入してください。 <input type="checkbox"/> 特別利用保育を希望 年 月 日から 年 月 日まで			

同居世帯のなかで障害者手帳等の交付を受けている者(児)の児童との続柄および個人番号を記入してください。また、該当項目に○をし、交付・開始年月を記入してください。※個人番号は、保護者・当該児童は省略できます。

児童との続柄	氏名	障害者手帳等の種類および交付・開始年月		
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等 (身体・精神・癡育) 年 月 交付	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 年 月 受給開始	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 年 月 受給開始	
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等 (身体・精神・癡育) 年 月 交付	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 年 月 受給開始	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 年 月 受給開始	

様式第3号を次のように改める。

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

千曲市長

保育園利用決定通知書

申込みのありました施設の利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
利用予定の施設	名称	
利用期間		～

不服の申立

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か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、この決定があつ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。）。

この決定については、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千曲市を被告として（訴訟において千曲市を代表するものは千曲市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6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年を経過すると処分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、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

問い合わせ先

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和7年11月4日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に千曲市保育所条例施行規則の規定に基づき作成されている用紙については、この規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。