

規 則

「千曲市子ども・子育て支援法施行細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46号

千曲市子ども・子育て支援法施行細則の一部を改正する規則

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）の一部を次のように改正する。

第2条中「第1条第1号」を「第1条の5第1号」に、「48時間」を「64時間」に改める。

第4条第1項中「第20条第4項前段及び府令第7条第2項」を「第20条第4項」に改め、「通知は、教育・保育給付認定決定通知書」を「通知及び認定証は、教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証」に改め、同条第2項を削り、同条第3項中「教育・保育給付認定却下通知書（様式第4号）」を「教育・保育給付認定申請却下通知書（様式第3号）」に改め、同項を同条第2項とし、同条第4項中「様式第5号」を「様式第4号」に改め、同項を同条第3項とする。

第6条中「様式第6号」を「様式第5号」に改める。

第7条中「様式第7号」を「様式第6号」に改める。

第8条第1項本文中「様式第8号」を「様式第7号」に、「支給認定証」を「教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証」に改め、同項ただし書中「支給認定証」を「教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証」に改め、同条第2項中「支給認定証又は教育・保育給付認定変更通知書（様式第9号）」を「教育・保育給付認定変更通知書兼支給認定証（様式第8号）」に改める。

第9条中「様式第10号」を「様式第9号」に改める。

第11条中「様式第11号」を「様式第10号」に改める。

様式第1号から様式第6号までを次のように改める。

様式第1号(第3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	保護者 () : <input type="checkbox"/> 現住所と同じ 都道府県 市区町村		保護者 () : <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 ()には続柄を 記入してください	自宅	- -
			()携帯	-	-
児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	年齢
		個人番号		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(.4.1現在) 歳
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <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"/> 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()				<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	<input type="checkbox"/> 平日のみ	<input type="checkbox"/> 保育短時間 (8H) (8:30~16:30)	(利用可能時間を超える分は 延長時間保育となります)	
<input type="checkbox"/> 教育利用(認定こども園)	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 就労のため 土曜保育希望	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11H) (7:30~18:30)	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 特別利用保育					
希望 施設	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	園
(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	障害者手帳等
			. .		<input type="checkbox"/> 有
		個人番号	. .		<input type="checkbox"/> 有
			. .		<input type="checkbox"/> 有
		個人番号	. .		<input type="checkbox"/> 有
			. .		<input type="checkbox"/> 有
			. .		<input type="checkbox"/> 有
			. .		<input type="checkbox"/> 有
世帯の 状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 理由: <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <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(□対象外 □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"/> 兄弟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。 					
保護者署名			(保護者と同じ場合は省略) 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) □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) □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	<input type="checkbox"/>	被介護・看護者の氏名：	<input type="checkbox"/>	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：
		受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週__回)		受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週__回)
		□通所・通学(週__回) 施設名：		□通所・通学(週__回) 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) □開業準備中__年__月__日開業予定	<input type="checkbox"/>	□求職活動中(予定) □開業準備中__年__月__日開業予定
就学	<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) 就学期間：__年__月入学__年次 □職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで	<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) 就学期間：__年__月入学__年次 □職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで
		□職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで		□職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで
		□職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで		□職業訓練受講 __年__月__日から__年__月__日まで
育児休業	<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
虐待やDVのおそれ	<input type="checkbox"/>	□相談経過あり(相談先機関名：__) □相談経過なし	<input type="checkbox"/>	□相談経過あり(相談先機関名：__) □相談経過なし
その他	<input type="checkbox"/>	保育を行うことが困難と認められる内容	<input type="checkbox"/>	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		
		障害者手帳等 (身体・精神・療育)	特別児童扶養手当	障害基礎年金
	個人番号	__年__月交付	__年__月受給開始	__年__月受給開始
		障害者手帳等 (身体・精神・療育)	特別児童扶養手当	障害基礎年金
	個人番号	__年__月交付	__年__月受給開始	__年__月受給開始

千曲市長

教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証

先に申請のありました施設型給付費に係る教育・保育給付認定について、次のとおり決定しましたので通知します。

認 定 番 号				
子 ど も	フリガナ		認 定 区 分	～
	氏 名		認 定 有 効 期 間	
	生 年 月 日			
保 護 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
保育必要性の事由				
保 育 必 要 量				
<p>不服の申立</p> <p>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）。</p> <p>この決定については、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、この決定があっ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っ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。</p> <p>問い合わせ先</p>				

支給認定証		認 定 番 号		
子 ど も	フリガナ		認 定 区 分	
	氏 名		有 効 期 間	～
	生 年 月 日		保 育 必 要 量	
保 護 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
保育必要性の事由				
年 月 日 交付 千曲市長				

千曲市長

教育・保育給付認定申請却下通知書

先に申請のありました施設型給付費に係る教育・保育給付認定について、次のとおり却下となり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	
却 下 理 由		
<div>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）。 この決定については、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、この決定があっ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っ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。</div> <div>問い合わせ先</div>		

千曲市長

教育・保育給付認定延期通知書

先に申請のありました施設型給付費に係る教育・保育給付認定について、次の理由により教育・保育給付認定に係る処理を延期します。

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	
処 理 見 込 期 間		～
延 期 理 由		
<div>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）。 この決定については、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、この決定があっ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っ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。</div> <div>問い合わせ先</div>		

千曲市長

保育料決定通知書

保育料について、次のとおり決定しましたので通知します。

認 定 番 号			
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	
利用施設	名 称		
認 定 区 分			
保 育 必 要 量			
利 用 者 負 担 額		円	
階 層			
適 用 期 間		～	
<div>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）。 この決定については、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、この決定があっ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っ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。</div> <div>問い合わせ先</div>			

様式第6号(第7条関係)

教育・保育給付認定現況届 兼 施設利用継続申込書

					継続	
(宛先)千曲市長 下記のとおり、教育・保育給付認定の現況の届出と施設の継続利用を申し込みます。					年 月 日 提出	
住所	千曲市					
保護者名	フリガナ	連絡先 ①には続柄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	性別	年齢		
		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(.4.1現在) 歳		
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> アレルギーあり <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)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				詳細は裏面下部へ記入してください		
利用施設名	園		転園希望	転園希望施設		
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	園		
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	<input type="checkbox"/> 平日のみ	<input type="checkbox"/> 保育短時間 (8H) (8:30～16:30)	(利用可能時間を超える分は長時間保育となります)		
<input type="checkbox"/> 教育利用(認定こども園)	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 就労のため 土曜保育希望	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11H) (7:30～18:30)	: ~ :		
<input type="checkbox"/> 特別利用保育						
(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	障害者手帳等	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
			. .		<input type="checkbox"/> 有	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 理由: <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <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"/> 障がい者を有する者がいる世帯					
同意事項						
・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。						
保護者署名						

[市記載欄]

確認日

①

②

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) □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) □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	<input type="checkbox"/>	被介護・看護者の氏名：____ 申請児童との続柄：____ 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週____回) □通所・通学(週____回) 施設名：____	<input type="checkbox"/>	被介護・看護者の氏名：____ 申請児童との続柄：____ 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週____回) □通所・通学(週____回) 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) □開業準備中____年____月____日開業予定	<input type="checkbox"/>	□求職活動中(予定) □開業準備中____年____月____日開業予定
就学	<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) 就学期間：____年____月入学____年次 □職業訓練受講 ____年____月____日から____年____月____日まで	<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) 就学期間：____年____月入学____年次 □職業訓練受講 ____年____月____日から____年____月____日まで
育児休業	<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
虐待やDVのおそれ	<input type="checkbox"/>	□相談経過あり(相談先機関名：____) □相談経過なし	<input type="checkbox"/>	□相談経過あり(相談先機関名：____) □相談経過なし
その他	<input type="checkbox"/>	保育を行うことが困難と認められる内容 ____	<input type="checkbox"/>	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、父母・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		
		障害者手帳等 (身体・精神・療育) ____年____月交付	特別児童扶養手当 ____年____月受給開始	障害基礎年金 ____年____月受給開始
	個人番号			
		障害者手帳等 (身体・精神・療育) ____年____月交付	特別児童扶養手当 ____年____月受給開始	障害基礎年金 ____年____月受給開始
	個人番号			

様式第 7 号を削り、様式第 8 号を様式第 7 号とし、様式第 8 号及び様式第 9 号を次のとおり改める。

千曲市長

教育・保育給付認定変更通知書兼支給認定証

施設型給付費に係る教育・保育給付認定について、次のとおり変更しましたので通知します。

認 定 番 号			
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		
	保育必要性の事由	変 更 後	
認 定 区 分	変 更 後		
認 定 有 効 期 間		～	
保 育 必 要 量			
変 更 理 由			
<div>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）。 この決定については、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、この決定があっ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っ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。</div> <div>問い合わせ先</div>			

支給認定証			認 定 番 号	
子 ど も	フ リ ガ ナ		認 定 区 分	
	氏 名		有 効 期 間	～
	生 年 月 日		保 育 必 要 量	
保 護 者	住 所			
	フ リ ガ ナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	保育必要性の事由			
年 月 日 交付 千曲市長				

千曲市長

教育・保育給付認定取消通知書

以下の理由により、教育・保育給付認定を取り消しましたので通知します。

認 定 番 号		
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	
取 消 年 月 日		
取 消 理 由		

・現在お持ちの支給認定証は、この通知書を受け取った日から30日以内に、市または利用している施設に返還してください。ただし、既に支給認定証を提出されている方は、不要です。

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）。

この決定については、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、この決定があっ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っ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

様式第11号を様式第10号とする。

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子ども・子育て支援法施行細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。