

魚津市告示第92号

魚津市乳児等通園支援事業実施要綱を次のように定める。

令和8年3月31日

魚津市長 村椿 晃

魚津市乳児等通園支援事業実施要綱

(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関わらない形での支援を強化するため、魚津市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。

(実施主体等)

第2条 事業の実施主体は、市及び魚津市乳児等通園支援事業の認可等に関する規則（令和8年魚津市規則第11号）に基づき市長の認可を受けた者（以下「事業実施者」という。）とする。

2 事業実施者は、市との連携を密にして事業に取り組むとともに、市に対し実施状況を定期的に報告するものとする。

(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、次の各号に掲げる要件をいずれも満たす児童とする。

(1) 市内に居住していること。

(2) 保育所、認定こども園、地域型保育事業所、幼稚園、企業主導型保育事業所等に通っておらず、事業の利用日時点において0歳6か月以上満3歳未満の児童であること。

2 前項の規定にかかわらず、重篤な疾病等により、集団生活が難しいと市長が判断した児童は、対象児童から除くものとする。

(実施施設)

第4条 事業は、魚津市保育所条例（昭和62年魚津市条例第4号）に規定する保育所のほか、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 事業実施者は、事業の実施に当たり、魚津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年魚津市条例第24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。

(利用方法)

第6条 事業実施者は、次の各号に掲げる事業の利用方法のいずれかを定めるものとする。

(1) 定期利用 利用する施設、曜日、時間帯を固定し、定期的に利用する方式

(2) 柔軟利用 利用する施設、曜日、時間を固定せず、柔軟に利用する方式

(実施日等)

第7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

(利用時間)

第8条 事業の利用時間は、対象児童1人につき1月当たり10時間を上限とし、1時間単位での利用とする。

(給付認定等)

第9条 事業を利用しようとする対象児童の保護者（以下「申請者」という。）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）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、内容を審査の上、認定の可否を決定するものとし、本事業の利用を認定したときは、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）を、本事業の利用を認定しないときは、その理由を付して、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）不認定通知書（様式第3号）を申請者に交付するものとする。

3 前項の規定による認定を受けた申請者（以下「利用認定者」という。）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事業実施者と直接面談等を行うものとする。

(利用予約)

第10条 利用認定者は、事業実施者に、電話その他の方法により利用を希望する日の利用予約をするものとする。

(認定内容の変更)

第11条 利用認定者は、認定内容に変更が生じたときは、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更届出書（様式第4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、登録の内容を変更するものとする。この場合において、市長は、当該登録の内容を変更した旨を乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更通知書（様式第5号）により、同項の規定による届出をした者に通知するものとする。

（認定の取消し）

第12条 利用認定者は、認定の基礎となった事実が消滅したときは、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6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、認定の取消しを行うものとする。この場合において、市長は当該認定を取り消した旨を乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消通知書（様式第7号）により、同項の規定による届出をした者に通知するものとする。

（利用料）

第13条 事業実施者は、利用に応じて利用児童1人1時間につき300円を徴収するものとする。

2 事業実施者は、市と協議の上、利用料を変更することができる。

3 第1項に定めるもののほか、給食費、おやつ代等の実費に係る費用は、利用認定者の同意を得た上で、必要に応じて事業実施者において定めた金額を徴収することができる。ただし、徴収する場合は、あらかじめ運営規則等に明記しておかなければならない。

（利用料の減額）

第14条 利用認定者の属する世帯が次の各号のいずれかに該当するときは、利用1時間につき当該各号に規定する額を減額するものとする。

（1） 本事業を利用する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世帯 300円

（2） 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度分の市町村民税が課されない者である世帯 240円

（3） 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度分の市町村民税所得割が77,101円未満である世帯 210円

（4） 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が属する世帯又は特に支援が必要であると市長が認めた世帯 150円

2 前項の規定による減額を受けようとする利用認定者は、第9条第1項に規定する申請のときに、市長に対して、自らが前項に定める対象者であることを証明する書類を提示しなければならない。

（その他）

第15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。

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 事業の利用登録に関する手続その他認定申請及び認定に関し必要な行為は、この告示の施行前においても行うことができる。

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

魚津市長様

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	※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7,101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。 ※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。			
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	<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	〒	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	<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	〒	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	<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:)			

年 月 日

様

魚津市長 村椿 晃 印

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

(審査請求及び取消訴訟に関する教示)

- この処分について不服がある場合は、この処分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、魚津市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分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、魚津市を被告として(訴訟において魚津市を代表する者は魚津市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- 上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第3号（第9条関係）

第 号
年 月 日

（申請者）

様

魚津市長 村椿 晃 印

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）不認定通知書

年 月 日付けで申請のあった乳児等支援給付について、魚津市乳児等通園支援事業実施要綱第9条第2項の規定に基づき、下記の理由により認定しないことと決定したので通知します。

記

不認定の理由

（審査請求及び取消訴訟に関する教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分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、魚津市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分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、魚津市を被告として（訴訟において魚津市を代表する者は魚津市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- 3 上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

年 月 日

様

魚津市長 村椿 晃

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定変更通知書

乳児等支援給付認定変更の届出について、次のとおり認定の変更をしましたので、通知いたします。

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	
保護者氏名		
保護者生年月日	年 月 日	
変更の内容	変更前	
	変更後	
変更年月日	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

魚津市長様

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()		

様式第7号(第12条関係)

年 月 日

様

魚津市長 村椿 晃

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、次のとおり取消しを行いましたので、通知いたします。

記

乳児等支援給付認定証番号	
児童氏名	
児童生年月日	年 月 日
認定取消日	年 月 日
取消理由	