

四日市市子ども・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8年3月30日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第27号

四日市市子ども・子育て支援法施行細則の一部を改正する規則

四日市市子ども・子育て支援法施行細則（平成26年四日市市規則第53号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p><u>（乳児等通園支援給付認定の申請等）</u></p> <p><u>第4条の2 法第30条の15第1項の</u> <u>規定により、乳児等支援給付認定を受け</u> <u>ようとする保護者は、乳児等支援給付認</u> <u>定申請書（第8号様式）に次に掲げる事</u> <u>項を記載し、市長に提出しなければならない。</u></p> <p><u>（1）申請を行う保護者の氏名、居住地、</u> <u>生年月日及び個人番号</u></p> <p><u>（2）申請に係る小学校就学前子どもの</u> <u>氏名、生年月日、個人番号及び保護者</u> <u>との続柄</u></p> <p><u>（3）その他市長が必要と認める事項</u></p> <p><u>2 市長は、前項の申請に係る保護者が乳</u> <u>児等支援給付認定に該当すると認めた</u> <u>ときは、乳児等支援支給認定証（第9号</u> <u>様式）を当該申請に係る保護者に交付す</u> <u>るものとする。</u></p> <p><u>3 法第30条の17第1項の規定によ</u> <u>る届出は、乳児等支援給付認定変更届出</u> <u>書（第10号様式）により行うものとし</u> <u>る。</u></p>	

4 前項に規定するもののほか、乳児等支援給付認定の消滅の届出は、乳児等支援給付認定消滅届出書（第11号様式）により行うものとする。

（乳児等通園支援給付認定の要件）

第8条 法第30条の15第1項の規定による乳児等支援給付認定は、保護者の労働、疾病その他の保育を必要とする事由の有無にかかわらず、法第30条の14に規定する支給対象小学校就学前子どもを対象として行うものとする。

（教育・保育給付認定の有効期間）

第9条 （略）

（施設等利用給付認定の有効期間）

第10条 （略）

（乳児等通園支援給付認定の有効期間）

第11条 乳児等支援給付認定の有効期間は、認定の日から、当該乳児等支援給付認定子どもが満3歳に達する日の前日までとする。

（優先利用の基準）

第12条 （略）

（特定教育・保育施設等の確認の申請）

第13条 法第31条第1項、第32条第1項、第43条第1項及び第44条第1項の規定による申請は、特定教育・保育

（教育・保育給付認定の有効期間）

第7条 （略）

（施設等利用給付認定の有効期間）

第8条 （略）

（優先利用の基準）

第9条 （略）

（特定教育・保育施設等の確認の申請）

第10条 法第31条第1項、第32条第1項、第43条第1項及び第44条第1項の規定による申請は、特定教育・保育

施設特定地域型保育事業確認（変更）申請書（第 1 2 号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

2 法第 3 5 条第 1 項及び第 4 7 条第 1 項の規定による届出は、特定教育・保育施設特定地域型保育事業確認変更届出書（第 1 3 号様式）により行うものとする。

3 法第 3 5 条第 2 項及び第 4 7 条第 2 項の規定による届出は、特定教育・保育施設特定地域型保育事業利用定員減少届（第 1 4 号様式）により行うものとする。

（公立施設の公定価格）

第 1 4 条 （略）

（業務管理体制の整備）

第 1 5 条 法第 5 5 条第 2 項から第 4 項までの規定による届出は、業務管理体制の整備に関する事項の届出書（第 1 5 号様式）により行うものとする。

（施設等利用給付対象施設の確認の申請）

第 1 6 条 法第 5 8 条の 2 の規定による申請は、特定子ども・子育て支援施設等確認申請書（第 1 6 号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

2 法第 5 8 条の 5 の規定による届出は、特定子ども・子育て支援施設等確認変更届（第 1 7 号様式）により行うものとする。

施設特定地域型保育事業確認（変更）申請書（第 8 号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

2 法第 3 5 条第 1 項及び第 4 7 条第 1 項の規定による届出は、特定教育・保育施設特定地域型保育事業確認変更届出書（第 9 号様式）により行うものとする。

3 法第 3 5 条第 2 項及び第 4 7 条第 2 項の規定による届出は、特定教育・保育施設特定地域型保育事業利用定員減少届（第 1 0 号様式）により行うものとする。

（公立施設の公定価格）

第 1 1 条 （略）

（業務管理体制の整備）

第 1 2 条 法第 5 5 条第 2 項から第 4 項までの規定による届出は、業務管理体制の整備に関する事項の届出書（第 1 1 号様式）により行うものとする。

（施設等利用給付対象施設の確認の申請）

第 1 3 条 法第 5 8 条の 2 の規定による申請は、特定子ども・子育て支援施設等確認申請書（第 1 2 号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

2 法第 5 8 条の 5 の規定による届出は、特定子ども・子育て支援施設等確認変更届（第 1 3 号様式）により行うものとする。

る。

- 3 法第58条の6の規定による届出は、特定子ども・子育て支援施設等確認辞退届（第18号様式）により行うものとする。

（乳児等通園支援給付対象施設の確認の申請）

第17条 法第54条の2第2項の規定による申請は、特定乳児等通園支援事業者確認申請書（第19号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

2 法第54条の3において準用する法第44条の規定による申請は、特定乳児等通園支援事業者確認変更申請書（利用定員の増加）（第20号様式）に市長が定める書類を添付して行うものとする。

3 法第54条の3において準用する法第47条第1項の規定による届出は、特定乳児等通園支援事業者確認変更届出書（利用定員の変更以外）（第21号様式）により行うものとする。

4 法第54条の3において準用する法第47条第2項の規定による届出は、特定乳児等通園支援事業者確認変更届出書（利用定員の減少）（第22号様式）により行うものとする。

5 法第54条の3において準用する法第48条の規定による届出は、特定乳児等通園支援事業者確認辞退届出書（第23号様式）により行うものとする。

る。

- 3 法第58条の6の規定による届出は、特定子ども・子育て支援施設等確認辞退届（第14号様式）により行うものとする。

(補則)

第18条 (略)

(補則)

第14条 (略)

第1号様式を次のように改める。

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定申請書

四日市市長 宛

令和 年 月 日

次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定を申請します。
なお、四日市市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一住所の者を含む。）及び世帯情報等を閲覧すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）、生活保護受給状況、児童扶養手当に関する情報を閲覧することに同意します。また、特定教育・保育施設等に対して必要に応じ情報提供することに同意します。
上記に加え、保育料や園児給食代金等を滞納した場合、四日市市職員が自宅及び勤務先へ電話又は訪問、勤務先への給与照会、金融機関等への財産調査及び差押等滞納処分を行うことに同意します。

〒

保護者住所 四日市市

連絡先

※主たる連絡先に☑を入れてください。

※現時点で市外在住の方

(転入予定日)

☐父携帯

代表保護者名

☐母携帯

※課からの通知の宛名となります。

年1月1日時点で、住民票が当市以外の方はその市町村名を記入してください ()

年1月1日時点で、住民票が当市以外の方はその市町村名を記入してください ()

Table with 6 columns: 申請児童, 氏名(フリガナ), 歳児, 生年月日, 性別, 申請児童は第三子以降に該当しますか. Includes a row for 'はい・いいえ'.

次の①から⑨について記入してください

①世帯の状況 ※申請児童以外を記入してください

Table for household members with columns: 氏名, 児童との続柄, 生年月日, 勤務先・学校等, 備考. Includes a vertical label '世帯構成員'.

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所名） ※事前見学をお勧めしますが、見学の有無は審査結果に影響ありません。

Table for utilization period and facilities with columns: 利用を希望する期間, 利用を希望する保育施設名. Includes checkboxes for '希望する期間に☑を入れてください' and '見学済☐'.

児童氏名

③保育を必要とする事由等

保育を必要とする事由	続柄	必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
	続柄	必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外	
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで

④送迎について

送迎方法	送迎人
<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()

⑤祖父母について

父方	祖父 (歳)	<input type="checkbox"/> 同居(同一住所別世帯を含む) <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職
	祖母 (歳)	<input type="checkbox"/> 同居(同一住所別世帯を含む) <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職
母方	祖父 (歳)	<input type="checkbox"/> 同居(同一住所別世帯を含む) <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職
	祖母 (歳)	<input type="checkbox"/> 同居(同一住所別世帯を含む) <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職

⑥申請児童の健康状態等について ※安全に保育するにあたって大切な情報のため、詳細に記入してください

発育歴	出生体重()g 在胎週数()週 首すわり()カ月 おすわり()カ月 歩き始め()カ月 ワンワン、ママ、ブーブーなどの片言を話す ()歳 ()カ月
健診時の指摘等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (4か月・10か月・1歳半・3歳半) 健診の時
健診時の指摘等内容や発育発達面で気になること	<input type="checkbox"/> 発育(身長・体重の伸び等:) <input type="checkbox"/> 発達(歩けない等:) <input type="checkbox"/> ことば(発語がない・言葉が増えない等:) <input type="checkbox"/> 行動(落ち着きがない・人や物に関心を示さない・目が合いにくい・その他) <input type="checkbox"/> 発達等の相談をしたことがある(相談施設名)
病歴	過去にかかった病気: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名() 医療機関() <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気: 酸素吸入・喘息() <input type="checkbox"/> ひきつけ: 熱性けいれん・てんかん・() <input type="checkbox"/> その他()
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 { <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他() } <input type="checkbox"/> 有 { 医療機関() } <input type="checkbox"/> 過去にアレルギー有(現在は問題なし) <input type="checkbox"/> 未摂取のため不明

⑦本児の保育の状況について

年度申請 無・有

転園を希望 ⇒ 申請日時点の在籍園 (園)

⑧就学前のきょうだいの保育の状況について

年度申請 無・有

年度時点の在籍園 (園)

⑨きょうだいでの入所希望について ※きょうだいが在籍しているまたは同時申込みの場合、当てはまるものに✓をつけてください

第1希望での入所が難しかったとき、
 在園しているきょうだいがいる場合 ⇒ 第2希望以下の別園でも入所を希望する
 きょうだい同時申込の場合 ⇒ 第2希望以下で同園入所を希望する (※別園になる場合もあります)

第4号様式及び第5号様式を次のように改める。

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第1号)

四日市市長

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります(マイナンバー制度による情報連携を含む。)
2. 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
3. 子ども・子育て支援法第30条の11の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
4. 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
6. 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設(企業主導型保育事業)の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園)、特別支援学校幼稚部の施設等利用給付認定を希望(幼稚園や特別支援学校の預かり保育事業(※1)は利用しない)するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

				認定希望日(施設利用開始日)		年 月 日		
保護者	フリガナ			居住地	〒 _____			
	氏名	印			申請 子ども との続柄			
					現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____		
	日中の連絡先(電話番号)*確実に連絡の取れる順に記入して下さい。						生年月日	年 月 日
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)			
家庭状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭		<input type="checkbox"/> 左記以外				
子ども申請	フリガナ			現住所 <small>申請者と異なる 場合のみ記載</small>	〒 _____			
	氏名				個人番号(マイナンバー)			
			生年月日		年 月 日			

利用(予定含む)する幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立大学附属幼稚園)、特別支援学校幼稚部を記入して下さい。

フリガナ			所在地	〒 _____ ()				
施設名			利用開始予定日		年 月 日			

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

四日市市長

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります(マイナンバー制度による情報連携を含む)。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設(企業主導型保育事業)の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業も利用する(※1))、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

		認定希望日(施設利用開始日)		年 月 日		
保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒 -	
	氏名			印	〒	現住所が市外の場合 市内転入後の住所
	日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入して下さい。				生年月日	年 月 日
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)	
家庭状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭		<input type="checkbox"/> 左記以外			
子ども申請	フリガナ		現住所	〒 -		
	氏名		申請者と異なる 場合のみ記載	生年月日	年 月 日	
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)				左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) 父・母・その他() <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他() (子から見た続柄) 父・母・その他() <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()					

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	1			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	2			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	3			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	4			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	5			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
	6			個人番号		<input type="checkbox"/> 有

	7		個人番号					<input type="checkbox"/> 有
			大正 平成	昭和 令和	年	月	日	

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒	—	ℓℓ	()
施設名		利用開始予定日		年	月	日

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — ℓℓ TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — ℓℓ TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — ℓℓ TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — ℓℓ TEL: — —	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
	前年1月1日以降の転職	通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: から ② 就労先名: 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: から ② 就労先名: 就労期間: から		
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
疾病・障害等	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護・看護	被介護者名 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)		(申請子どもとの続柄:)	
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()		<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	
災害復旧	災害の状況:		災害の状況:		
求職活動等	活動の内容:		活動の内容:		
就学	通学手段・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで	
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		
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		

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

1	居宅外で就労されている方 (予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労証明書、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2	出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3	保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4	保護者が病気の方	診断書
5	保護者が障害をお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6	保護者が介護している方	申立書及び介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7	保護者が求職中の方	約束書

8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書
---------------------	-----------------------

第 8 号様式から第 1 4 号様式までを次のように改める。

乳児等支援給付認定申請書

四日市市長

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。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 四日市市が、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"/> 四日市市が、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77,101円未満の世帯である場合及び四日市市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	性別	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	□疾患等(診断名等及び必要となる配慮等:) □指示書等の添付) □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>:) □添付あり / □添付無し) □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	□疾患等(診断名等及び必要となる配慮等:) □指示書等の添付) □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>:) □添付あり / □添付無し) □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	□疾患等(診断名等及び必要となる配慮等:) □指示書等の添付) □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>:) □添付あり / □添付無し) □その他(具体的に記載:)			

年 月 日

様

四日市市長

乳児等支援支給認定証

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

この決定に不服のあるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に四日市市長に対して、審査請求をすることができます。
この決定の取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表するものは四日市市長となります。)、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から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過するとこの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か月以内に審査請求した場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判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(なお、裁判があったことを知った日から6か月以内であっても、裁判の日から1年を経過するとこの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。)

年 月 日

四日市市長

届出者氏名

乳児等支援給付認定変更届出書

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

以下に、変更箇所と内容を記載します。

変更箇所	<input type="checkbox"/> 氏 <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 () <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 <input type="checkbox"/> 引越し <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

四日市市長

届出者氏名

乳児等支援給付認定消滅届出書

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 市町村】
	<input type="checkbox"/> 入所・入園等
	<input type="checkbox"/> その他()

第12号様式（第13条関係）

特定教育・保育施設 特定地域型保育事業		確認（変更）申請書		
		年 月 日		
四日市市長				
所 在 地				
申請者 名 称			㊟	
代表者氏名				
子ども・子育て支援法に規定する に係る確認を受けたいので次のとおり、関係書類を添えて申請します。				
申 請 者	フリガナ 名称（氏名）			
	主たる事務所の 所在地・連絡先	(郵便番号 —)		
		電話番号		FAX番号
		E-mail アドレス		
	法人等の種別		法人所轄庁	
	代表者の 職名・氏名	職 名		フリガナ 氏名
	代表者生年月日	年 月 日 (満 才)	代表就任年月日	年 月 日
	代表者の 住所・連絡先	(郵便番号 —)		
		電話番号		FAX番号
事業者番号			既に付番されている場合	
事業開始（予定）年月日	年 月 日			
教育・保育施設等 の区分	区 分		添付様式	
	特定教育・特定保育施設			
	特定地域型保育事業者			

第13号様式（第13条関係）

特定教育・保育施設
特定地域型保育事業

確認変更届出書

年 月 日

四日市市長

所在地

申請者 名称

印

代表者氏名

子ども・子育て支援法第 条第 項に規定により の確認に係る事項を変更したい
ので次のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

1 施設の名称・所在地

名称	
所在地	

2 変更があった事項

項目	変更前	変更後	備考

3 変更年月日

年 月 日

第14号様式（第13条関係）

特定教育・保育施設特定地域型保育事業利用定員減少届

年 月 日

四日市市長

所 在 地

申請者 名 称



代表者氏名

利用定員を下記を減少したいので、子ども・子育て支援法第35条第2項（第47条第2項）の規定により、次のとおり届け出ます。

1 施設の名称・所在地				
名 称				
所在地				
2 利用定員を減少しようとする年月日	年 月 日			
3 利用定員を減少しようとする理由				
4 現に利用している子どもに対する措置				
5 減少後の利用定員				
1号認定子ども	2号認定子ども	3号認定子ども		合計
		1歳未満	1歳以上	

第14号様式の次に次の9様式を加える。

第15号様式（第15条関係）

<p>子ども・子育て支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>四日市市長</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">申請者 名称 ㊟</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p>このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。</p>															
1 届出の内容	<p>(1) 子ども・子育て支援法第55条第2項関係（整備）</p> <p>(2) 子ども・子育て支援法第55条第3項関係（届出事項の変更）</p> <p>(3) 子ども・子育て支援法第55条第4項関係（届出区分の変更）</p>														
2 設置者 ・ 事業者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">名称・氏名</td> <td>カガナ</td> </tr> <tr> <td>住所 (主たる事務所 の所在地)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話 FAX</td> </tr> <tr> <td>代表者の氏名</td> <td>カガナ</td> </tr> <tr> <td>代表者の職名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>代表者の生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>代表者の住所</td> <td></td> </tr> </table>	名称・氏名	カガナ	住所 (主たる事務所 の所在地)		連絡先	電話 FAX	代表者の氏名	カガナ	代表者の職名		代表者の生年月日	年 月 日	代表者の住所	
名称・氏名	カガナ														
住所 (主たる事務所 の所在地)															
連絡先	電話 FAX														
代表者の氏名	カガナ														
代表者の職名															
代表者の生年月日	年 月 日														
代表者の住所															
3 法令遵守 責任者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td>カガナ</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	氏名	カガナ	生年月日	年 月 日										
氏名	カガナ														
生年月日	年 月 日														
4 届出の内容 が(3)の場 合の変更後の 届出先															

特定子ども・子育て支援施設等確認申請書

年 月 日

四日市市長

申請者所在地 _____

氏名 _____ 印
(または名称)

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第30条の11の規定による確認を受けたいので、同法第58条の2に基づき以下のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 申請者に関する事項

設置主体	<input type="checkbox"/> 法人 (<input type="checkbox"/> 国立大学法人 <input type="checkbox"/> 公立大学法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人) <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他法人 <input type="checkbox"/> 法人以外 (<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 任意団体)		
設置者・事業者名※			
設置者・事業者の主たる事務所の所在地	〒 _____ TEL : _____ メールアドレス : _____		
代表者	職名	フリガナ	
		氏名	
	住所	生年月日	昭和 _____ 年 月 日 平成 _____ 年 月 日

※ 設置者又は経営者が株式会社、各種法人、任意団体の場合は、社名、法人名、団体名を記入してください。

2. 施設・事業に関する事項

施設・事業の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業（在園児を対象） <input type="checkbox"/> 一時預かり事業（在園児以外を対象） <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）
事業開始（予定）年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

(添付書類)

- 1 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等
- 2 役員の氏名、生年月日及び住所の一覧
- 3 法第58条の10第2項に規定する申請をすることができない者に該当しないことを誓約する書面

(別紙 1 特定教育・保育施設以外の認定こども園、幼稚園、特別支援学校幼稚部)

1. 施設に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (子ども・子育て支援法第7条第10項第1号に規定する施設) <input type="checkbox"/> 幼保連携型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型 <input type="checkbox"/> 保育所型 <input type="checkbox"/> 地方裁量型 <input type="checkbox"/> 幼稚園 (子ども・子育て支援法第7条第10項第2号に規定する施設) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (子ども・子育て支援法第7条第10項第3号に規定する施設)			
名称	〒 —			
所在地	TEL: — メールアドレス:			
施設の 管理者	職名	フリガナ		
		氏名		
	住所	生年 月日	昭和 平成	年 月 日

2. 運営に関する事項

(1) 開園 (開校) 曜日 (開園・開校している曜日すべてにレ点を入れてください。)

日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日

(2) 開園 (開校) 時間

曜 日	開 園 ・ 開 校 時 間 ※
平 日	～
土 曜 日	～
日 曜 日	～

※ 24時間標記で記入してください。

(3) 認可定員等

認 可 定 員	
---------	--

学 級 編 制	学 級
---------	-----

(4) 利用料金等

	年 額	月 額	半 期	そ の 他
保育料				
入園料				
その他 ()				

食事の 提供の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は、以下も記入してください。)
	提供日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> その他 ()
	提供方法 <input type="checkbox"/> 自園調理 <input type="checkbox"/> 外部搬入 <input type="checkbox"/> その他 ()
	食事代 <input type="checkbox"/> 1食当たり 0円 <input type="checkbox"/> 月当たり 0円 <input type="checkbox"/> その他 () 0円
	・上記の食事代は、パンフレット等に記載している保育料に含んでいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 無	

(5) 職員配置の状況

職員数(※1)		常勤(※3)	非常勤(※4)	合計
職 種 別 の 内 訳	教員(※2)			
	事務職員			
	寄宿舍指導員			
	その他 ()			
	その他 ()			
合 計				

※1 特別支援学校の場合、幼稚部担当に限らず、学校全体の職員数を記載してください。

※2 園長、保育教諭、養護教諭、栄養教諭、助教諭・講師を含めてください。

※3 有期雇用職員を含めて記載してください。

※4 実雇用(任用)人数を記載してください。(常勤換算は不要。)

(添付書類)

- 1 学校教育法第4条第1項による認可を受けたことを証する書類の写し(国立大学法人立は不要)
- 2 園則(学則)
- 3 職員体制一覧(職員の勤務の体制及び勤務形態)

(別紙2 認可外保育施設)

1. 届出等に関する事項

児童福祉法第59条の2第1項の規定による届出を行った年月日	年 月 日
事業開始(予定)年月日	年 月 日
認可外保育施設指導監督基準を満たす証明書の交付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認可外保育施設指導監督基準を満たす予定の年月日※	年 月 日

※認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書が交付されていない施設のみ記入してください

2. 施設に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 児童福祉法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設以外 <input type="checkbox"/> 児童福祉法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設		
名称			
所在地	〒 — —		
	TEL: — — メールアドレス:		
管理者	職名	フリガナ	
		氏名	
	住所	生年月日	昭和 平成 年 月 日

3. 運営に関する事項

(1) 開所時間・保育提供可能時間

	通常開所時間/通常保育提供可能時間	時間外開所時間/時間外保育提供可能時間	備考
平日	～	～	
土曜日	～	～	
日・祝祭日	～	～	

※24時間表記で記入してください。

(2) 提供するサービス内容

提供するサービス種別	対象年齢※			
<input type="checkbox"/> 月極契約	歳	ヶ月～	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 定期利用	歳	ヶ月～	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 一時預かり	歳	ヶ月～	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 夜間保育	歳	ヶ月～	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> 24時間保育	歳	ヶ月～	歳	ヶ月
<input type="checkbox"/> その他 ()	歳	ヶ月～	歳	ヶ月

※1歳未満児の場合のみ、月齢まで記入してください。

(3) 利用料金等

	保育料				
	月極額	定期契約	一時預かり	夜間保育	24時間保育
0歳児					
1歳児					
2歳児					
3歳児					
4歳児					
5歳児					
保育料以外の利用料	総額	入会金	キャンセル料	日用品費・文具具費	行事参加費
		食事代	通園送迎費	()	()

※歳児により料金が異なる場合は、料金がわかるものを別途添付して下さい。

(4) 入所定員

0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	合計

(5) 職員の配置

①施設長 常勤 非常勤

常勤換算後の人数※ _____

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[保育業務への従事] 従事する(資格欄にも記入してください) 従事しない

[資格] 保育士 看護師 准看護師 その他 ()

②保育従事者 常勤 _____ 非常勤 _____ 総数 _____

常勤換算後の人数※ _____

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
保育士			
看護師			
准看護師			
家庭的保育者			
その他 ()			
合計			

③その他の職員 常勤 _____ 非常勤 _____ 総数 _____

常勤換算後の人数※ _____

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
調理員			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
合計			

④合計 (①+②+③) 常勤 _____ 非常勤 _____ 総数 _____

常勤換算後の人数※ _____

※一日の勤務延時間数を8で除した常勤換算後の人数を記入してください。

[資格別の内訳]

職種	常勤	非常勤	合計
保育士			
看護師			
准看護師			
家庭的保育者			
調理員			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			
合計			

(別紙3 預かり保育事業)

1. 事業所に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部		
事業の種類別	<input type="checkbox"/> 私学助成（預かり保育推進事業） <input type="checkbox"/> 地域子ども・子育て支援事業における一時預かり事業（幼稚園型Ⅰ） <input type="checkbox"/> 幼稚園における長時間預かり運営費支援事業 <input type="checkbox"/> 公的支援を受けていない自主事業		
名称			
所在地	〒 - -		
	TEL: - - メールアドレス:		
事業所の 管理者	職名	フリガナ	
		氏名	
	住所	生年 月日	昭和 平成 年 月 日

2. 運営に関する事項

預かり保育事業の利用児童数及び職員配置

		預かり保育 利用児童数	職員の 配置基準	配置職員数		(参考) 基準に基づく 配置職員数		(参考) 在籍園児数
				うち 有資格者 数	うち 有資格者 数	うち 有資格者 数	うち 有資格者 数	
平日 (登園前)	3歳児(満3歳児を含む)		20:1	-	-	-	-	人
	4・5歳児		30:1	-	-	-	-	人
	合計							人
平日 (降園後)	3歳児(満3歳児を含む)		20:1	-	-	-	-	人
	4・5歳児		30:1	-	-	-	-	
	合計							
長期 休業中	3歳児(満3歳児を含む)		20:1	-	-	-	-	
	4・5歳児		30:1	-	-	-	-	
	合計							
休日	3歳児(満3歳児を含む)		20:1	-	-	-	-	
	4・5歳児		30:1	-	-	-	-	
	合計							

※配置職員数には、預かり保育事業に従事している間、専ら当該事業に従事している人数を記入してください（教育課程担当職員による対応可）。

※有資格者数は、幼稚園教諭普通免許状所有者又は保育士の人数を記入してください。

3. 事業の実施状況

(1) 預かり保育事業の実施時間

平日	曜日	登園前	教育課程時間	降園後
		～	～	～
		～	～	～

長期休業日	曜日	預かり時間
		～
		～

休日※	曜日	預かり時間
		～
		～

※土曜・日曜・祝祭日

(2) 預かり保育事業の年間実施日数

	平日	長期休業日	休日	合計
年間実施日数				

(3) 食事・おやつ提供の有無等

- 食事・おやつ提供の有無 有 無
 → (提供有の場合) 加熱、保存等の調理機能を有する設備の必要性の有無 有 無
 → (必要性有の場合) 加熱、保存等の調理機能を有する設備の有無 有 無

4. 利用料金

(1) 預かり保育事業の料金

	1時間	1回	月極	その他
平日				
長期休業中				
休日				

※年齢や時間帯等により料金が異なる場合には、最大の額を記入してください。

※食事代及びおやつ代を預かり保育の料金と一体的に保護者から徴収している場合には、それを除いた金額を記入してください。

(2) 食事代及びおやつ代

	1回	月極
食事代		
おやつ代		

5. 設備・面積

部屋の名称	保育室ごとの受入れ人数等	預かり保育実施保育室面積
たんぼぼ	人 × 1.98 m ² = m ²	m ²
ひまわり	人 × 1.98 m ² = m ²	m ²
	人 × 1.98 m ² = m ²	m ²

(添付書類)

- 認定こども園…認定こども園法第17条第1項の規定による認可又は認定こども園法第3条第1項若しくは第3項の規定による認定を受けたことを証する書類の写し
 幼稚園、特別支援学校…学校教育法第4条第1項による認可を受けたことを証する書類の写し
- 料金表及び利用案内・パンフレット
- 預かり保育事業に従事する担当職員の名簿(職員の氏名及び資格・研修修了の有無がわかるもの)
- 施設の図面(預かり保育の実施場所を明示したもの)

(別紙4 一時預かり事業)

1. 事業所に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 小規模保育施設 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
事業の種別	<input type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 幼稚園型Ⅱ <input type="checkbox"/> 余裕活用型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 <input type="checkbox"/> 地域密着Ⅱ型			
名称				
所在地	〒 - -			
	TEL: - -		メールアドレス:	
事業所の 管理者	職名	フリガナ		
		氏名		
	住所	生年 月日	昭和 平成	年 月 日

2. 運営に関する事項

(1) 職員の定数及び職務の内容

		常勤	非常勤	合計
職員数				
うち、一時預かりの乳幼児の処遇を行う保育士等				
資格別の 内訳	保育士			
	幼稚園教諭			
	保育教諭			
	看護師			
	准看護師			
	その他 ()			

(2) 利用定員

利用定員	
うち一時預かりの利用定員	

(3) 利用料金

	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
保育料						
その他 ()						
その他 ()						
その他 ()						

食事の 提供の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は、以下も記入してください。)	
	食事代	<input type="checkbox"/> 1食当たり 0円 <input type="checkbox"/> 月当たり 0円 <input type="checkbox"/> その他 () 0円
	・上記の食事代は、パンフレット等に記載している保育料に含んでいますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 無		

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の12の規定により届け出た一時預かり事業開始届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)
- 2 料金表及び利用案内・パンフレット

(5) 職員の定数及び職務の内容

職員数		常勤	非常勤	合計
資格別の内訳	保育士			
	幼稚園教諭			
	保育教諭			
	看護師			
	准看護師			
	保健師			
	助産師			
	その他 ()			
	その他 ()			

(6) 協力機関・指導医の状況

協力機関	設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無の場合は、その理由 ()	
	名称	〒 -		
	所在地	TEL : - - メールアドレス :		
	協力内容			
指導医	設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無の場合は、その理由 ()	
	名称	〒 -		
	所在地	TEL : - - メールアドレス :		
	指導内容			

3. 設備に関する事項

(1) 保育室等の面積

保育室等の種類	保育室	観察室	調理室 (専用・兼用)	その他 ()	合計
面積					
乳幼児一人当たり面積					

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の18の規定により届け出た病児保育事業開始届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)
- 2 料金表及び利用案内・パンフレット
- 3 施設の図面 (保育室等の配置がわかるもの)

特定子ども・子育て支援施設等確認変更届

年 月 日

四日市市長

届 出 者 所 在 地 _____

氏 名
(または名称) _____ 印

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第30条の11の規定による確認を受けた事項に変更があったので、同法第58条の5に基づき以下のとおり届け出ます。

施設・事業の種類	<input type="checkbox"/> 認定子ども園	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設	<input type="checkbox"/> 預かり保育事業	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業
	<input type="checkbox"/> 病児保育事業		

変更項目※1	変更前	変更後
設置者・事業者名※2		
設置者・事業者の主たる事務所の所在地	〒 —	〒 —
	TEL : — —	TEL : — —
	メールアドレス :	メールアドレス :
設置者・事業者の代表者	職名	職名
	フリガナ	フリガナ
	氏名	氏名
	生年月日	生年月日
施設名称		
施設所在地	〒 —	〒 —
	TEL : — —	TEL : — —
	メールアドレス :	メールアドレス :
施設・事業所の管理者	職名	職名
	フリガナ	フリガナ
	氏名	氏名
	生年月日	生年月日
変更日	年 月 日	

※1 記載の変更項目以外に変更項目がある場合は、確認参考様式1から5の該当項目に記載の上、添付してください。

※2 設置者又は経営者が株式会社、各種法人、任意団体の場合は、社名、法人名、団体名を記入してください。

(添付書類)

- 1 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書等（法人の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名に変更がある場合）

2 役員の氏名、生年月日及び住所の一覧（役員に変更があった場合）

特定子ども・子育て支援施設等確認辞退届

年 月 日

四日市市長

届 出 者 所 在 地 _____

氏 名 _____ 印
(または名称)

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第30条の11の規定による確認を辞退したいので、同法第58条の6に基づき以下のとおり届け出ます。

施設・事業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業		
設置者・事業者名※	_____		
設置者・事業者の主たる事務所の所在地	〒 _____		
	TEL :	_____	メールアドレス :
代 表 者	職名	フリガナ	_____
		氏名	_____
施設・事業所の名称	_____		
施設 の 所 在 地	〒 _____		
確認を辞退する年月日	年 月 日		

※ 設置者又は経営者が株式会社、各種法人、任意団体の場合は、社名、法人名、団体名を記入してください。

第19号様式（第17条関係）

特定乳児等通園支援事業者確認申請書

年 月 日

四日市市長

所在地 _____

申請者 氏名（又は名称） _____

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第54条の2第2項の規定による確認を受けたいので、以下のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所の名称等

事業所の名称			
事業所の所在地			
区分	<input type="checkbox"/> 一般型乳児等通園支援事業 <input type="checkbox"/> 余裕活用型乳児等通園支援事業		
設置者・事業者の主たる事業所の所在地	〒 -		
	電話:		
	メール:		
設置者・事業者の代表者	フリガナ		職名
	氏名		生年月日 年 月 日
事業の開始予定年月日	年 月 日		

特定乳児等通園支援事業者確認変更申請書（利用定員の増加）

年 月 日

四日市市長

所在地 _____

申請者 氏名（又は名称） _____

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第54条の2第1項の確認において定めた利用定員を増加したいので、同法第54条の3において準用する同法第44条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

1. 事業所の名称等

事業所の名称	
事業所の所在地	〒 -
	電話:
	メール:

2. 利用定員を増加しようとする理由等

変更前の利用定員（人）				変更後（増加）の利用定員（人）			
（参考）				（参考）			
0～2歳	0歳	1歳	2歳	0～2歳	0歳	1歳	2歳
利用定員を増加しようとする理由							

第21号様式（第17条関係）

特定乳児等通園支援事業者確認変更届出書（利用定員の変更以外）

年 月 日

四日市市長

所在地 _____

届出者 氏名（又は名称） _____

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第54条の2第1項の規定による確認を受けた事項に変更があったので、同法第54条の3において準用する同法第47条の規定に基づき、関係書類を添えて届出します。

1. 事業所の名称等

事業所の名称	
事業所の所在地	〒 -
	電話:
	メール:

2. 変更事項

該当するものに○をつけてください。

変更事項	
	事業所の名称
	事業所の場所（所在地）
	設置者（申請者）の名称、主たる事務所の所在地
	代表者の氏名、生年月日及び職名
	代表者の住所
	設置者（申請者）の定款、寄附行為及び登記事項証明書等
	建物の構造概要及び図面（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所
	運営規程

	乳児等支援給付費及び特例乳児等支援給付費の請求に関する事項
	役員の氏名、生年月日及び住所

3. 変更内容

変更内容	
変更年月日	年 月 日
変更前	
変更後	
変更の理由	

第23号様式（第17条関係）

特定乳児等通園支援事業者確認辞退届出書

年 月 日

四日市市長

所在地 _____

申請及び届出者 氏名（又は名称） _____

代表者氏名 _____

子ども・子育て支援法第54条の3において準用する同法第48条の規定による確認の辞退をしたいので、以下のとおり申請及び届出します。

事業所の名称	
事業所の所在地	〒 -
	電話: _____ メール: _____
廃止又は休止及び 廃止の理由	
現に乳児等通園支援を 受けている児童 に対する措置	
廃止又は休止及び確認 を辞退する予定年月日	年 月 日
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
（廃止の場合） 財産処分	

附 則

この規則は、令和8年4月1日から施行する。

(こども未来部保育幼稚園課)