

令和 年 月 日議決・専決

令和 8年 4月 1日施行

令和 8年 3月 25日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和8年佐用町要綱第22号

佐用町乳児等支援給付認定に関する事務取扱要綱

佐用町乳児等支援給付認定に関する事務取扱要綱をここに公布する。

令和 8年 3月 25日

佐用町長 江 見 秀 樹

## 佐用町要綱第22号

### 佐用町乳児等支援給付認定に関する事務取扱要綱

#### (趣旨)

第1条 この要綱は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「法」という。）に定める乳児等支援給付認定（以下「給付認定」という。）を行うにあたり、必要な事項を定めるものとする。

#### (認定申請)

第2条 法第30条の15第1項の規定による給付認定の申請（以下「認定申請」という。）は、当該認定申請に係る支給対象小学校就学前子ども（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いう。）の保護者（以下「認定申請保護者」という。）が、乳児等支援給付認定申請書（様式第1号）により町長に対して行う。

#### (給付認定)

第3条 町長は、審査の結果、給付認定を行う場合は、認定申請保護者に対し、乳児等支援支給認定証（様式第2号。以下「支給認定証」という。）を交付する。

#### (却下)

第4条 町長は、次の各号のいずれかに該当するときは、これを却下するものとする。

- (1) 法第30条の14に定める支給要件に該当しない場合
- (2) 認定申請保護者が町内に居住地を有さない場合（法第30条の15第2項ただし書に該当するときであって、認定申請保護者の所在地が佐用町内であるときを除く。）
- (3) 認定申請に係る申請書又はその添付書類の内容に虚偽があると認められる場合
- (4) 認定申請に係る申請書又はその添付書類の内容に不備があり、訂正又は追加書類の提出その他の補正を依頼したが、認定申請保護者が相当の期間内に応じなかった場合

2 町長は、認定申請を却下したときは、認定申請保護者に対し、乳児等支援給付認定申請却下通知書（様式第3号）によりその旨を通知する。

#### (給付認定の変更)

第5条 給付認定に係る保護者（以下「認定保護者」という。）は、法第30条の16の規定により当該給付認定の有効期間中に変更が生じたときは、速やかに町長に対し、乳児等支援給付認定変更届出書（様式第4号）によりその旨を届け出なければならない。

2 町長は、給付認定の変更を行ったときは、当該認定保護者に対し、乳児等支援給付認定変更通知書（様式第5号）によりその旨を通知するとともに、当該変更に対応した支給認定証を交付する。

#### (取消し)

第6条 町長は、認定保護者が、法第30条の18第1項各号に定める場合のほか、認

定保護者から給付認定の取消しの申出があったときは、当該給付認定を取り消すことができる。

- 2 町長は、前項の規定により給付認定の取消しを行ったときは、当該認定保護者に対し乳児等支援給付認定取消通知書（様式第6号）によりその旨を通知する。
- 3 認定保護者は、給付認定が取り消されその通知を受けた場合は、支給認定証を町長に返還しなければならない。

（支給認定証の再交付）

第7条 町長は、認定保護者が支給認定証を破り、汚し、又は失った場合において、乳児等支援支給認定証再交付申請書（様式第7号）を提出したときは、支給認定証の再交付を行う。

- 2 前項において、支給認定証を破り、又は汚した場合の申請には、同項の申請書に、当該支給認定証を添付しなければならない。
- 3 認定保護者は、支給認定証の再交付を受けた後、失った支給認定証を発見したときは速やかに返還しなければならない。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、給付認定に関し必要な事項は、町長が別に定める。

#### 附 則

- 1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。
- 2 第2条の規定による認定申請及び当該認定申請に伴う第3条の規定による給付認定その他の行為は、この要綱の施行前においてもこれらの規定の例により行うことができる。この場合において、当該給付認定は、この要綱の施行後は第3条の給付認定とみなす。

佐用町長 様

乳児等支援給付認定申請書

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

申請者 (保 護 者)	フリガナ		生年月日		
	氏名				
	現住所	〒	利用子ども との続柄		
	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			
	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"/> 生活保護世帯			
		<input type="checkbox"/> 市町村民税所得割額が77,101円未満世帯			
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 町長が特に支援が必要と認めた世帯			

利用希望 人数		利用希望 事業所		利用開始希望 日		
利用子ど も①	フリガナ			生年月日		
	氏名			性別		
	障害者手帳 等の有無	<input type="checkbox"/> 有	障がいに係 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		
		<input type="checkbox"/> 無				
配慮すべき 事項の有無	<input type="checkbox"/> 有	配慮すべき 事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等 * 診断名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 * 医師の診断及び指示 ( ) <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 * 具体的に記載 ( )			
	<input type="checkbox"/> 無					
利用子ど も②	フリガナ			生年月日		
	氏名			性別		

	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有	障がい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	
		<input type="checkbox"/> 無			
	配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等 * 診断名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 * 医師の診断及び指示 ( ) <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 * 具体的に記載 ( )	
		<input type="checkbox"/> 無			
利用子ども③	フリガナ			生年月日	
	氏名			性別	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有	障がい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	
		<input type="checkbox"/> 無			
配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等 * 診断名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 * 医師の診断及び指示 ( ) <input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付 <input type="checkbox"/> その他 * 具体的に記載 ( )		
	<input type="checkbox"/> 無				

(確認・同意事項)	
<input type="checkbox"/> 利用できる年齢は生後6か月から3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。	
<input type="checkbox"/> 利用時間の上限が月10時間であることを確認しました。	
<input type="checkbox"/> 利用子どもは、保育所、認定こども園、地域型保育事業所又は企業主導型保育事業所を利用していません。	
<input type="checkbox"/> 事業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"/> 利用する事業所と佐用町の間で事業の実施に必要な範囲で申請情報を共有することに同意します。	

様

佐用町長

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、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

認定番号	
子どもの氏名	
子どもの生年月日・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
給付認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
交付年月日	年 月 日

障がい児加算	
医療的ケア児加算	
要支援家庭児加算	

注1 給付認定の有効期間内であっても、認定を変更し、または取り消すことがあります。

注2 記載した内容に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

注3 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

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月以内に佐用町を被告として（訴訟において佐用町を代表する者は佐用町長となります。）、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、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様

佐用町長

### 乳児等支援給付認定申請却下通知書

年 月 日に受理しました乳児等支援給付に係る認定申請について、次のとおり却下しましたので、通知します。

子どもの氏名	
却下理由	

注 この処分について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に佐用町を被告として（訴訟において佐用町を代表する者は佐用町長となります。）、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、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。



第 号  
年 月 日

様

佐用町長

### 乳児等支援給付認定変更通知書

乳児等支援給付に係る認定について、次のとおり給付認定内容を変更しましたので、通知します。

認定番号	
子どもの氏名	
給付認定の有効期間	
変更理由	

注1 給付認定の有効期間内であっても、認定を変更し、または取り消すことがあります。

注2 記載した内容に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

注3 この処分について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に佐用町を被告として（訴訟において佐用町を代表する者は佐用町長となります。）、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、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様

佐用町長

### 乳児等支援給付認定取消通知書

乳児等支援給付にかかる認定について、子ども・子育て支援法第30条の18の規定に基づき、次のとおり取り消しましたので、通知します。

認定番号	
子どもの氏名	
取消年月日	
取消理由	

支給認定証を佐用町健康福祉課に提出してください。

提出期限： 年 月 日

注1 この処分について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に佐用町を被告として（訴訟において佐用町を代表する者は佐用町長となります。）、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、審査請求をした場合は、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

佐用町長

申請者氏名

乳児等支援支給認定証再交付申請書

次のとおり、乳児等支援支給認定証にかかる再交付を申請します。

フリガナ		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			

申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 滅失
------	---

※破損又は汚損の場合、捺付認定証を捺付してください。