

上尾市子ども・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

上尾市長 畠山 稔

上尾市規則第38号

上尾市子ども・子育て支援法施行細則

上尾市子ども・子育て支援法施行細則（令和8年上尾市規則第25号）の一部を次のように改正する。

目次を次のように改める。

目次

第1章 総則（第1条）

第2章 妊婦のための支援給付認定等（第2条—第4条）

第3章 子どものための教育・保育給付

第1節 教育・保育給付認定（第5条—第16条）

第2節 特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の確認（第17条—第28条）

第4章 子育てのための施設等利用給付

第1節 施設等利用給付認定（第29条—第37条）

第2節 特定子ども・子育て支援施設の確認（第38条—第41条）

第5章 乳児のための支援給付

第1節 乳児等支援給付認定（第42条—第47条）

第2節 特定乳児等通園支援事業の確認（第48条—第53条）

第6章 補則（第54条）

附則

第23条第2項中「第44条第1項」を「第44条」に、「特定地域型保育事業を行う者」を「特定地域型保育事業者」に改める。

第5章を第6章とする。

第42条を第54条とする。

第4章の次に次の1章を加える。

第5章 乳児のための支援給付

第1節 乳児等支援給付認定

(乳児等支援給付認定の申請書の様式)

第42条 府令第28条の2第1項の規定により提出しなければならない申請書は、乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書(第56号様式)によるものとする。

(乳児等支援支給認定証の交付)

第43条 法30条の1第3項の規定による認定証の交付は乳児等支援支給認定証(こども誰でも通園制度認定証)(第57号様式)により、これを行うものとする。

(乳児等支援給付認定の取消しの通知)

第44条 府令第28条の2第1項の規定による通知は、乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定取消通知書(第58号様式)により、これを行うものとする。

(乳児等支援給付認定の変更の届出の様式)

第45条 府令第28条の2第1項の規定により提出しなければならない届書は、乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定変更届出書(第59号様式)によるものとする。

(乳児等支援支給認定証の再交付の申請書の様式)

第46条 府令第28条の2第2項の規定により提出しなければならない申請書は、乳児等支援支給認定証再交付申請書(第60号様式)によるものとする。

(認定の消滅の届出)

第47条 府令第28条の2第1項の規定による届出は、乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定消滅届出書(第61号様式)により行うものとする。

第2節 特定乳児等通園支援事業の確認

(特定乳児等通園支援事業者の確認の申請書の様式等)

第48条 府令第44条の2において準用する府令第39条の規定により提出しなければならない申請書は、特定乳児等通園支援事業者確認申請書(第62号様式)によるものとする。

2 市長は、法第54条の2第1項の規定に基づき特定乳児等通園支援事業者の確認を行ったときは、当該申請を行った特定乳児等通園支援事業を行

う者に対し、特定乳児等通園支援事業者確認通知書（第63号様式）により通知するものとする。

（特定乳児等通園支援事業者の確認の変更の申請書の様式等）

第49条 府令第44条の2において準用する府令第40条の規定により提出しなければならない申請書は、特定乳児等通園支援事業者確認変更申請書（第64号様式）によるものとする。

2 市長は、法第54条の3において準用する法第44条の規定に基づく申請について確認の変更を行ったときは、当該申請を行った特定乳児等通園支援事業者に対し、特定乳児等通園支援事業者確認変更通知書（第65号様式）により通知するものとする。

（特定乳児等通園支援事業者の申請事項の変更届の様式）

第50条 府令第44条の2において準用する府令第41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事項変更届出書（第66号様式）によるものとする。

（特定乳児等通園支援事業の利用定員の減少届の様式）

第51条 府令第44条の2において準用する府令第41条第3項において準用する府令第34条各号（第3号を除く。）に掲げる事項を記載した書類は、特定乳児等通園支援事業者利用定員減少届出書（第67号様式）によるものとする。

（特定乳児等通園支援事業者の確認の辞退）

第52条 特定乳児等通園支援事業者は、法第54条の3において準用する法第48条の規定に基づき確認を辞退しようとするときは、特定乳児等通園支援事業者確認辞退届出書（第68号様式）を市長に提出しなければならない。

（特定乳児等通園支援事業者の確認の取消し等）

第53条 市長は、法第54条の3において準用する法第52条第1項の規定に基づき特定乳児等通園支援事業者の確認の取消し又は期間を定めた効力の停止を行うときは、特定乳児等通園支援事業者確認取消（停止）通知書（第69号様式）により、通知するものとする。

第53号様式中「確認参考様式1から5の」を「「特定子ども・子育て支援施設等確認申請書（第51号様式）」の別紙1から5の」に改める。

第55号様式の次に次の14様式を加える。

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

（宛先） 上尾市長

年 月 日

申請に当たっての確認事項 (☑をお願いします)	<input type="checkbox"/> 1.本事業を利用する児童は、保育所、認定こども園、地域型保育事業所、企業主導型保育施設を利用していません。
	<input type="checkbox"/> 2.利用可能期間は生後6か月から満3歳まで（3歳の誕生日の前々日まで）であることを理解しました。
	<input type="checkbox"/> 3.本事業の利用可能時間は月10時間までであること、当月の余り時間を翌月に繰り越したり、翌月分を繰り上げて利用することはできないことを理解しました。
	<input type="checkbox"/> 4.上尾市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用におけるキャンセルポリシーを確認しました。
	<input type="checkbox"/> 5.利用認定後（ID発行後）、こども誰でも通園制度総合支援システムに必要な事項を登録することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 6.申込多数により、新規の児童面接を受付を一時的に停止することがあること、利用希望日に利用できないことがあることを了承します。
	<input type="checkbox"/> 7.本認定申請において、「利用料軽減区分」欄にチェックがない場合であっても、公簿等により利用料の軽減対象世帯に該当することが判明した場合は、利用料の軽減対象となることに同意します。
	<input type="checkbox"/> 8.本認定申請において、「障害者手帳、特別児童扶養手当、指定難病受給者証、通所受給者証の有無」欄で「有」を選択いただき、各種手帳や受給者証の写しを添付いただいた場合、施設に給付される乳児等支援給付費において「障害児保育加算」の対象児童と判定されることに同意します。
	<input type="checkbox"/> 9.児童の疾病・障害の程度等によって、施設側の受入体制が整わず安全なお預かりが困難である場合には、ご利用をお断りすることがあることを了承します。
	<input type="checkbox"/> 10.申請児童が1の施設に入所した場合や3歳の誕生日を迎えた場合、市外に転出した場合には、認定の要件を満たさなくなりますので、当該事実が発生する日の前日まで認定は終了となります。
情報閲覧・共有の同意事項 (☑をお願いします)	<input type="checkbox"/> 1.こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市区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"/> 2.申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村が申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を共有することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 3.施設と上尾市で本事業の実施に必要な範囲で保有情報を相互提供することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 4.施設でのこどもの安心・安全なお預かりのため、乳幼児健診の結果やその後の状況、発育・発達に係る相談記録、障害福祉やこどもの疾病等に係る情報、その他こどもの保育に必要な情報について、こども家庭保健課・こども発達センター・障害福祉課・児童発達支援事業所・病院・保育施設等に確認と共有をすることに同意します。

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	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"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	上尾市外の場合、市区町村名	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	上尾市外の場合、市区町村名
	電話番号			メールアドレス		

転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、前市区町村名	きょうだいなど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
利用料軽減区分 ※該当する場合のみ☑	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	※生活保護世帯に該当する場合、生活保護受給者証の写しを添付してください。		
	市民税所得割額合計 <input type="checkbox"/> 77,101円未満世帯 (非課税世帯を含む)	※年収360万円未満相当世帯 ※市で市民税額を確認し、対象世帯であることがわかった場合は、利用料軽減の申請有無に関わらず、軽減の対象とします。 なお、父母（父母ともに非課税の場合、同居の祖父も含む）のいずれかが、本年又は前年1月1日時点で上尾市外に居住していた場合は、居住していた市区町村の課税(非課税)証明書を添付してください。 ※4～8月は前年度の市民税額、9月～3月は本年度の市民税額を参照して対象判定を行います。		

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	フリガナ		生年月日	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	〒		申請者との続柄
	医療的ケアの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	障害者手帳、特別児童扶養手当、指定難病受給者証、通所受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害等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"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> 通所受給者証 ※左記に該当する場合、写しを添付してください。	
その他配慮すべき事項 (疾患、アレルギー等)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)		
			<input type="checkbox"/> 食物アレルギー (具体的に記載)		
			<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)		

保護者情報	いずれか当てはまる場合は☑		☐申請者と同じ（情報は記載不要）				☐不在（情報は記載不要）					
	フリガナ		生年月日		年		月		日			
	氏名		〒									
	現住所	☐申請者と同じ ☐申請者と異なる										
	本年1月1日時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名					
	いずれか当てはまる場合は☑		☐申請者と同じ（情報は記載不要）				☐不在（情報は記載不要）					
	フリガナ		生年月日		年		月		日			
	氏名		〒									
現住所	☐申請者と同じ ☐申請者と異なる											
本年1月1日時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名						

同居祖父母の情報 <small>※この場合の「同居」とは、同一の住所に住む者を言い、住民登録上別世帯の同居者を含みます。（二世帯住宅の場合、建物の中で相互に行き来ができれば同居とみなします。）</small>	祖父母との同居状況について あてはまるものに☑		☐ 祖父又は祖母もしくはその両方と同居している（同居する祖父母の情報を下表に記載してください） ☐ 同居無し（情報は記載不要）							
	フリガナ		生年月日		年		月		日	
	氏名		〒							
	本年1月1日時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名			
	フリガナ		生年月日		年		月		日	
	氏名		〒							
本年1月1日時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	☐上尾市内 ☐上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名				

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	☐有 ☐無										
	フリガナ		生年月日		年		月		日			
	氏名		〒									
	現住所	☐申請者と同じ ☐申請者と異なる										
	電話番号		メールアドレス									

添付書類 (該当する場合のみ☑し、 必要な資料を添付)	状況	添付書類
	☐ 申請児童が身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、指定難病受給者証、通所受給者証の交付、特別児童扶養手当の支給がある場合	該当する手帳、受給者証、受給証明書の写し
	☐ 生活保護受給世帯の場合	生活保護受給者証の写し
市民税所得割額合計77,101円未満（年収360万円未満相当）世帯で、かつ父母（父 ☐ 母ともに非課税の場合、同居の祖父母も含む）のいずれかが、本年又は前年1月1日時点で上尾市外に居住していた場合	該当する方の、以下の書類 4～8月：前年1月1日に住民登録があった市区町村の前年度分課税（非課税）証明書 9～3月：本年1月1日に住民登録があった市区町村の今年度分課税（非課税）証明書	

年 月 日

様

上尾市長

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

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、上尾市長に対して審査請求をすることができます。ただし、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。)の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市長です。ただし、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か月以内であっても、この処分の日(審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

第 58 号様式（第 44 条関係）

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定取消通知書

年 月 日

様

上尾市長



子ども・子育て支援法第 30 条の 18 第 1 項の規定に基づき乳児等支援給付認定を取り消したので、下記のとおり通知します。

記

乳児等支援支給認定証番号		
児童	氏名	
	生年月日	
取消しの理由		

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、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、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 か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記 1 の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して 6 か月以内に、上尾市を被告として提訴しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表するものは、上尾市長です。

ただし、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 か月以内であっても、この処分の日（上記 1 の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、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。

（宛先）上尾市長

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）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。

申請者（保護者） ※変更前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）	
氏名		住所	
生年月日	年 月 日	電話番号	

申請児童 ※変更前の内容で記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との続柄	
氏名					

変更（予定）日

年 月 日

【以下、該当する事由に☑し、**変更する内容のみ**記入してください】

申請者（保護者）の変更

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
		住所 ※	〒
性別		児童との続柄	電話番号

※市外への住所変更の場合には消滅申請書を提出してください

代理利用者の変更

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
		住所	〒
性別		児童との続柄	電話番号

こどもの基本情報変更

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
医療的ケアの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
障害者手帳、特別児童扶養手当、指定難病受給者証、通所受給者証の有無（※）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害等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"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> 通所受給者証 ※左記に該当する場合、手帳等の写しを添付してください。
その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び配慮事項等)
			<input type="checkbox"/> 食物アレルギー (具体的内容)
			<input type="checkbox"/> その他 (具体的内容)

※「有」を選択いただき、各種手帳や受給者証の写しを添付いただいた場合、施設に給付される乳児等支援給付費において「障害児保育加算」の対象児童と判定します。

《裏面に続きます》

婚姻又はパートナーとの同居を開始した（利用料の軽減に関する変更）

《婚姻者・パートナーの情報》 ※本年又は前年1月1日時点の住所が上尾市外の場合には、課税(非課税)証明書を添付してください。
(4～8月は前年度、9月～3月は本年度を参照します。)

フリガナ			児童との続柄			
氏名			生年月日	年 月 日		
			住所	〒		
本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名

祖父又は祖母もしくはその両方と同居を開始した（利用料の軽減に関する変更）

《同居祖父の情報》 ※本年又は前年1月1日時点の住所が上尾市外の場合には、課税(非課税)証明書を添付してください。
(4～8月は前年度、9月～3月は本年度を参照します。)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名						
本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名

《同居祖母の情報》 ※本年又は前年1月1日時点の住所が上尾市外の場合には、課税(非課税)証明書を添付してください。
(4～8月は前年度、9月～3月は本年度を参照します。)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名						
本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	市外の場合、 市区町村名

離別・死別等によりひとり親になった（利用料の軽減に関する変更）

※児童扶養手当証書の写し又は児童扶養手当認定通知書の写し又はひとり親家庭等医療費受給資格者証の写し又は戸籍謄本を添付してください。

税額の変更によって、市民税所得割額合計77,101円未満世帯になった（利用料の軽減に関する変更）

※父母のいずれかにおいて、本年又は前年1月1日時点の住所が上尾市外の場合には、課税(非課税)証明書を添付してください。
(4～8月は前年度の市民税額、9月～3月は本年度の市民税額を参照して対象判定を行います。)

税額の変更によって、市民税所得割額合計77,101円未満世帯ではなくなった（利用料の軽減に関する変更）

生活保護を受け始めた（利用料の軽減に関する変更）

※生活保護受給者証の写しを添付してください。

生活保護受給開始日	年 月 日
-----------	-------

生活保護が終了した（利用料の軽減に関する変更）

生活保護廃止日	年 月 日
---------	-------

第 60 号様式（第 46 条関係）

乳児等支援支給認定証再交付申請書

年 月 日

（宛先）

上尾市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

子ども・子育て支援法施行規則第 28 条の 27 第 1 項の規則により、下記のとおり乳児等支援支給認定証の再交付を申請します。

記

乳児等支援支給認定証番号		
児 童	氏名	
	生年月日	
	続柄	
保 護 者	氏名	
	住所	
	連絡先	
	生年月日	
再交付を申請する理由		

上尾市長様

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定消滅届出書

次の通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。

申請者（保護者）

フリガナ		ログインID（メールアドレス）	
氏名		住所	
生年月日	年 月 日	電話番号	

対象児童

フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					
フリガナ		生年月日	年 月 日	保護者との 続柄	
氏名					

消滅（予定）日

年 月 日

【以下、該当する事由に☑し、必要な内容を記入してください】

消滅理由	<input type="checkbox"/> 引越し
	【異動日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※市内転居の場合は、変更届を提出
	【異動先市区町村名】 都道府県：_____ 市区町村：_____
	<input type="checkbox"/> 入所・入園等
	【入所日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	【入所施設名】 _____
【入所施設所在地】 _____	
<input type="checkbox"/> その他	
(_____)	

特定乳児等通園支援事業者 確認申請書

年 月 日

（宛先）
上尾市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

（法人以外にあっては住所及び氏名）

子ども・子育て支援法第54条の2第1項に規定する特定乳児等通園支援事業者に係る確認を受けたいので、下記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 — ）						
		（ビルの名称等）						
		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 歳）			代表就任年月日	年 月 日		
	代表者の 住所・連絡先	（郵便番号 — ）						
（ビルの名称等）								
電話番号					FAX番号			
事業者番号				※既に特定教育・保育施設等を設置しており、事業者番号が付番されている場合に記入してください。				
事業開始（予定）年月日	年 月 日							
事業の区分	区 分					添付様式		
	<input type="checkbox"/> 余裕活用型					付表1		
	<input type="checkbox"/> 一般型（在園児合同実施）					付表2		
	<input type="checkbox"/> 一般型（専用室独立実施）					付表3		
<input type="checkbox"/> 一般型（独立施設実施）								

付表1 余裕活用型事業所の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
合同実施する事業の認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
合同実施する事業の認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

付表2 一般型事業所（在園児合同実施）の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
1時間あたりの利用定員	0歳	1歳	2歳	合計
認可定員	0歳	1歳	2歳	合計
合同実施する事業の認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

付表3 一般型事業所（専用室独立実施・独立施設実施）の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
1時間あたりの利用定員	0歳	1歳	2歳	合計
認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

別紙

年 月 日

(宛先)
上尾市長

申請者 所在地
 名 称
 代 表 者 氏
 名

誓 約 書

特定乳児等通園支援事業者の確認に当たり、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52条第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します。

年 月 日

様

上尾市長

印

特定乳児等通園支援事業者 確認通知書

年 月 日付けで申請のあった特定乳児等通園支援事業者については、次のとおり確認をしましたので通知します。

施設・事業所	名 称			
	事 業 の 区 分	<input type="checkbox"/> 余裕活用型		
		<input type="checkbox"/> 一般型（在園児合同実施）		
		<input type="checkbox"/> 一般型（専用室独立実施）		
		<input type="checkbox"/> 一般型（独立施設実施）		
所 在 地	(郵便番号 -)			
	----- (ビルの名称等)			
	確 認 年 月 日	年 月 日		
設 置 者 の 名 称				
利用定員	人	0歳児	1歳児	2歳児
		人	人	人

特定乳児等通園支援事業者 確認変更申請書

年 月 日

（宛先）
上尾市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

（法人以外にあっては住所及び氏名）

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44条に規定する特定乳児等通園支援事業者に係る確認の変更を受けたいので、下記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 — ）						
		（ビルの名称等）						
		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 歳）		代表就任年月日	年 月 日			
	代表者の 住所・連絡先	（郵便番号 — ）						
		（ビルの名称等）						
電話番号					FAX番号			
事業者番号				※既に特定教育・保育施設等を設置しており、事業者番号が付番されている場合に記入してください。			
事業開始（予定）年月日	年 月 日							
事業の区分	区 分					添付様式		
	<input type="checkbox"/> 余裕活用型					付表1		
	<input type="checkbox"/> 一般型（在園児合同実施）					付表2		
	<input type="checkbox"/> 一般型（専用室独立実施）					付表3		
<input type="checkbox"/> 一般型（独立施設実施）								

付表1 余裕活用型事業所の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
合同実施する事業の認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
合同実施する事業の認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

付表2 一般型事業所（在園児合同実施）の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
1時間あたりの利用定員	0歳	1歳	2歳	合計
認可定員	0歳	1歳	2歳	合計
合同実施する事業の認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

付表3 一般型事業所（専用室独立実施・独立施設実施）の確認に係る記載事項

事業所に関する情報	フリガナ			
	名称			
	所在地・連絡先	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス			
管理者に関する情報	管理者の氏名・生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	管理者就任年月日			
	管理者の資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格の種類:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
	管理者の住所・連絡先	(郵便番号 -)		
(ビルの名称等)				
	電話番号		FAX番号	
認可年月日				
開所曜日	<input type="checkbox"/> 日 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土			
開所時間	平日	時 分	～	時 分
	土曜日	時 分	～	時 分
	日曜日	時 分	～	時 分
休園日				
1時間あたりの利用定員	0歳	1歳	2歳	合計
認可定員	0歳	1歳	2歳	合計

別紙

年 月 日

(宛先)
上尾市長

申請者 所在地
 名 称
 代 表 者 氏
 名

誓 約 書

特定乳児等通園支援事業者の確認に当たり、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52条第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します。

年 月 日

様

上尾市長

印

特定乳児等通園支援事業者 確認変更通知書

年 月 日付けで変更申請のあった特定乳児等通園支援事業者については、次のとおり確認をいたしましたので通知します。

施設・事業所	名 称			
	事 業 の 区 分	<input type="checkbox"/> 余裕活用型		
		<input type="checkbox"/> 一般型（在園児合同実施）		
		<input type="checkbox"/> 一般型（専用室独立実施）		
<input type="checkbox"/> 一般型（独立施設実施）				
所 在 地	(郵便番号 -)			
	----- (ビルの名称等)			
	確 認 年 月 日	年 月 日		
設 置 者 の 名 称				
利用定員	人	0歳児	1歳児	2歳児
		人	人	人

特定乳児等通園支援事業者 確認事項変更届出書

年 月 日

(宛先)

上尾市長

所在地
届出者 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47条第1項の規定により、特定乳児等通園支援事業者の確認事項を変更しますので、届け出ます。

変更があった事業所		名 称 ----- 所在地	
特定乳児等通園事業者の区分			
変更があった事項		変更の内容	
※該当項目番号に○を付して下さい。		変更前	変更後
1	事業所の名称		
2	事務所の所在地		
3	申請者の名称及び主たる事務所の所在地		
4	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
5	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該確認に係る事業に関するものに限る)		
6	事業所の建物の平面図(各室の用途を明示)及び設備の概要		
7	施設の管理者の氏名、生年月日及び住所		
8	運営規程		
9	請求に関する事項		
10	役員の氏名、生年月日、住所		
変更年月日		年 月 日	

備考

1 変更内容が分かる書類を添付してください。また、管理者の変更又は役員の変更に伴うものは、別紙の誓約書を添付してください。

2 変更があったときは、10日以内に届出してください。

別紙

年 月 日

(宛先)
上尾市長

申請者 所在地
名 称
代表者 氏名

誓 約 書

特定乳児等通園支援事業者の確認に当たり、子ども・子育て支援法第54条の2において準用する同法第52条第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します。

特定乳児等通園支援事業者 利用定員減少届出書

年 月 日

(宛先)
上尾市長

届出者 所在地
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47条第2項の規定により特定乳児等通園支援事業者の利用定員を減少しますので、次のとおり届け出ます。

利用定員の減少をしようとする施設の名称及び所在地	名 称			
	所在地			
特定乳児等通園支援事業者の区分				
利用定員を減少する理由				
利用定員を減少しようとする年月日	年 月 日			
現在の利用定員	合計	0歳児	1歳児	2歳児
減少後の利用定員	合計	0歳児	1歳児	2歳児

備考 利用定員の減少の日の3か月前までに届け出ください。

特定乳児等通園支援事業者 確認辞退届出書

年 月 日

(宛先)

上尾市長

所在地

届出者名称

代表者氏名

子ども・子育て支援法第54条の3において準用する第48条の規定に基づき特定乳児等通園支援事業者の確認を辞退しますので、次のとおり届け出ます。

確認を辞退する施設の名称及び所在地	名称
	所在地
特定乳児等通園支援事業者の区分	
確認を受けた年月日	年 月 日
確認を辞退する年月日	年 月 日
確認を辞退する理由	

備考 確認を辞退する日の3か月前までに届け出ください。

第 号
年 月 日

様

上尾市長



特定乳児等通園支援事業者 確認取消 (停止) 通知書

次の特定乳児等通園支援事業者について、子ども・子育て支援法第 5 4 条の 3 において準用する同法第 5 2 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり確認の取消し (停止) をしたので通知します。

施設・事業所	名称	
	種類	<input type="checkbox"/> 余裕活用型
		<input type="checkbox"/> 一般型 (在園児合同実施)
		<input type="checkbox"/> 一般型 (専用室独立実施)
		<input type="checkbox"/> 一般型 (独立施設実施)
所在地	(郵便番号 -)	
確認年月日		
設置者の名称		
取消 (停止) の理由		
取消 (停止) 年月日	年 月 日 (から 年 月 日まで)	

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、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、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 か月以内であっても、この処分の日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をできなくなります。

2 この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日 (上記 1 の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。) の翌日から起算して 6 か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表するのは、上尾市長です。

ただし、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 ヶ月以内であっても、この処分の日 (上記 1 の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日) の翌日から起算して 1 年を経過したときは、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。

附 則

この規則は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。