



乳児等通園支援事業 利用のご案内

申請受付開始 令和8年4月1日



乳児等通園支援事業とは？

幼児センターに通っていない
**0歳6ヶ月～満3歳未満が
対象**

**月10時間までの範囲で
時間単位で利用が可能**

**1時間250円で
利用可能**

—— 利用方法 ——

1

利用相談

方法その① 幼児センターにお電話ください。 2-1141

方法その② 子育て支援室「びよびよルーム」に親子で遊びに来て、担当にご相談ください。
「びよびよルーム」は平日の 9:30~11:30 14:00~16:00 に
ご利用できます。

2

申込み

ホームページある乳児等支援給付認定申告書（初回のみ）及び乳児等通園支援事業利用申込書に必要事項を記入して 利用の1か月前に提出してください。（申込様式は幼児センターにも用意しています。）

3

事前面談

給食の提供（1食160円）をご利用の場合は、栄養士と面談します。
補食（3時のおやつ、1食60円）を利用する場合も同様です。
利用に必要な持ち物などについてご説明し、お子さんの様子の聞き取りをします。

4

利用開始

新しい事業の利用可能時間は 9:30~16:00 です

1時間単位で利用できます。

主に幼児センターの同年代の子たちと一緒に活動します。

留意事項

当日、お子さんの体調が悪い場合はご利用をお控えください。
また、お預かりしている途中で体調が悪くなった時（熱が出た時など）は、時間前でもお迎えをお願いすることになります。センターからの連絡が受け取れるようにしておいてください。

乳児等通園支援給付認定申請書

美深町長 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(要配慮個人情報を含む)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	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる						
	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								
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、市町村長税所得割合算出額が77,101円未満の世帯である場合及び市町村が受援が必要と認められ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、世帯全員が「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納付通知書」の写しなど必要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					

乳児等支援給付の認定を受けようとする児童	確認を希望する児童の数							
	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						
	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"/> 障害者児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <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	※障害等(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:)					

乳児等通園支援事業利用申込書

美深町幼児センター長 様

申込期日：

年 月 日

申請者
住所
氏名

印

下記の通り、乳児等通園支援事業の利用を申し込みます

(年 月分)

乳児等通園支援事業の利用を希望する乳幼児名及び保護者名	フリガナ				男・女	(年 月 日生)	
	乳幼児名						
	保護者名			住所	中川郡美深町		
				続柄			
保護者等の連絡先	①氏名			電話番号	—	—	
	②氏名			電話番号	—	—	
	③氏名			電話番号	—	—	
乳児等通園支援事業の 利用希望日・利用時間 各月10時間まで利用可能です。 利用申込書は 月ごとに記載をお願いします。 各回の利用申し込みは1か月前までをお願いします。	利用回数	利用希望日	利用時間（1時間未満は切り上げになります）			給食	補食
						必要な場合は○	
	①回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	②回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	③回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	④回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	⑤回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	⑥回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	⑦回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	⑧回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
	⑨回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)			
⑩回目	月 日 ()	時 分～ 時 分まで	(時間)				