

伊 勢 市 公 報

第 222 号
平成 27 年 2 月 5 日
木 曜 日

目 次

	頁
規 則	
○ 伊勢市救急業務実施規則の一部を改正する規則	2
○ 伊勢市子ども・子育て支援法施行細則	9
告 示	
○ 認可地縁団体の告示事項の変更について	72
○ 認可地縁団体の告示事項の変更について	73
公 告	
○ 農用地利用集積計画について	74
○ 犬の抑留について	75

伊勢市救急業務実施規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 27 年 1 月 21 日

伊勢市長 鈴木 健 一

伊勢市規則第 2 号

伊勢市救急業務実施規則の一部を改正する規則

伊勢市救急業務実施規則（平成 17 年伊勢市規則第 164 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条第 2 号中「対象である事故」の次に「及び疾病」を加える。

第 5 条に次の 1 項を加える。

- 2 消防長は、一の救急隊の出場回数が特に多い署所については、救急業務を円滑に行うために必要な要員を確保するよう努めるものとする。

第 9 条中「消防課」を「通信指令課」に改める。

様式第 5 号中

表情	顔貌・皮膚	SpO ₂
		%

体温	心電図波形	を	表情	顔貌・皮膚
℃				

SpO ₂	体温	心電図波形	血糖値
%	℃		mg/dℓ

に改める。

様式第 6 号及び様式第 7 号を次のように改める。

救 急 票						番 号			
出場年月日(曜日)	平成 年 月 日 ()					関係者連絡	済()・未		
経過時間	覚知	時	分	現場到着	時	分	傷病者収容	時	分
傷病者 住所	都道 府県		市 郡		町村 丁目		番地 番号		
氏名 生年月日	フリガナ 氏名		(男・女)		年 月		日生		
電話番号 職業	Tel ()				職業				
受傷・発生機転	概要	聴取先: 本人・家族()・関係者()・救急隊現認・他()					距離		
							出場～現場	k m	
							現場～病院	k m	
	主訴・自覚症状等	あり なし 不明(理由) 痛みの部位() 性状()							
	主な症状・病態	なし 不明 意識障害 頭痛 めまい 悪心・嘔吐 しびれ 痙攣 胸痛・絞扼感 動悸 呼吸困難 咳、痰 咯血 背部痛 腰痛 腹痛 下痢 吐血 下血 発熱 脱力感・ぐったり 創傷 その他()							
	鋭の外傷	なし 不明 刺された(刺した 刺さった) 切られた(切った) 撃たれた(撃った) その他							
	鈍の外傷	なし 不明 車外放出 同乗者の死亡 車に轢かれた 車に撥ね飛ばされた 車の高度な損傷 救出所要時間20分以上 車の横転 転倒したバイクと運転手の距離 自動車と自転車の衝突 自動車と歩行者の衝突 機械器具に巻き込まれた 体幹部が挟まれた 高所墜落(6m以上) その他							
その他の発生機転	なし 不明 熱傷 中毒(農薬 医薬品 工業用品 ガス その他) 環境要因 なし 不明 高温 低温 急減圧 高山 酸欠 放射線								
安全措置	なし 不明 ヘルメット(着 脱未着) シートベルト(有 無) チャイルドシート(有 無) エアバック(作動有 作動無)								
全身	神経系	瞳孔	正常 右()mm 左()mm 不明 縮小(右・左・両) 散大(右・左・両) 共同偏視 斜偏視						
		対光反射	正常 不明 鈍い(右・左・両) 消失(右・左・両)						
		運動麻痺	なし 不明 上肢(右・左・両) 下肢(右・左・両) 感覚麻痺 なし 不明 上肢(右・左・両) 下肢(右・左・両)						
		言語	なし 不明 失語・構音障害あり 失禁 なし 不明 失禁(尿・便)						
身	頭・顔面 頸部状態	なし 不明 ブラックアイ バトル徴候 耳出血 鼻出血 口腔内出血 項部硬直 頸静脈怒張 後頸部圧痛 気管偏位 皮下気腫 嚔声 気道熱傷							
	胸部 状態 性状	呼吸音正常 なし 不明 呼吸音減弱(右・左) フレイルチェスト 開放性気胸 胸壁圧痛(右・左) 皮下気腫 正常 不明 連続性(喘鳴) 不連続性(ラ音)							
	腹部・骨盤	正常 不明 腹部圧痛 反跳痛 筋性防御 腹部膨隆 骨盤動揺 性器出血							
観	四肢 動揺・変形 切断・離断	なし 不明 大腿(右・左) 下腿・足部(右・左) 上腕(右・左) 前腕・手(右・左)							
		なし 不明 大腿(右・左) 下腿・足部(右・左) 上腕(右・左) 前腕・手(右・左)							
	主な創傷	なし 不明 頭 顔面 頸 胸 腹 腰背部 四肢 性状 不明 擦過傷 打撲痕 挫創 切創 刺創 割創 腫脹 索状痕 熱傷 なし 不明 I度()%部位() II度()%部位() III度()%部位()							
察	その他	死亡徴候 四肢硬直 その他 (露出部冷感 頸部硬直 被覆部冷感 角膜混濁 全身硬直)							
	死斑	部位() 妊娠 週							
その他観察項目	表情	正常 苦悶 興奮 不穏 無表情 泣く 虚脱 自発性欠如 その他()							
	顔貌・皮膚	正常 蒼白 紅潮 チアノーゼ 土気色 黄染 乾燥 発汗 冷感 その他()							
	体位管理	仰臥位 座位 半座位 側臥位(右・左) 腹臥位 下肢挙上 膝屈曲 仰臥位 損傷部位高位 その他							
	出血 性状	なし 不明 外出血 咯血 吐血 下血 性器出血 部位()							
		出血量	不明 少(滲出的で少量) 中(少・多以外) 多(生命に危険を及ぼす量)						
	痙攣	なし 不明 あり(全身・間代性・強直性) 嘔吐・嘔気 なし 不明 あり(嘔吐・嘔気)							
麻痺	なし 不明 あり(右半身 左半身 単麻痺 対麻痺) 意識喪失(LOC) なし 不明 あり(時刻 頃～ 頃)								
意識障害	なし JCS GCS (E- V- M-) アプガースコア 点								
観察・処置経過	呼吸	なし ()回/分 正常 胸部挙上不十分 喘鳴 陥没 チェストークス 下顎 失調性 左右差あり その他()							
	脈拍	なし ()回/分 正常 頻脈 除脈 微弱 不整 左右差 橈骨 総頸 大腿 足背 その他()							
	血圧	測定不能 / / / 触診 自動 聴診 血糖値							
	SpO ₂	測定不能 / / / 体温 測定不能 °C mg/dl							
	心電図	測定不能 洞調律 頻脈 徐脈 PVC ST(上昇・下降) VF VT PEA 心静止 その他() 不明							
	バイスタンダー処置	なし 不明 心肺蘇生法 胸骨圧迫 人工呼吸 市民によるAED (実施時刻) (推定・確定・不明) 観察 体位管理 気道確保 異物除去 止血 頭部固定 骨折の固定 創の洗浄・被覆 移動 その他()							
救急隊応急処置	止血 固定 保温 被覆 人工呼吸 胸骨圧迫 心肺蘇生法 酸素吸入(/分× 分) 気道確保() 除細動(初回実施時刻 時 分/施行回数 回) 血糖測定 静脈路確保 薬剤投与(初回実施時刻 時 分/投与回数 回/アドレナリン・ブドウ糖) その他()								
備考									

上記のとおり傷病者を搬送しました。
 なお、感染症の患者であると診断したときは、直ちに消防本部に連絡してください。
 伊勢市消防署 救急隊長

救 急 票						番 号			
出場年月日(曜日)	平成 年 月 日 ()					関係者連絡	済()・未		
経過時間	覚 知	時 分	現場到着	時 分	傷病者収容	時 分			
傷病者 住所	都道 市 町村 番地 府県 郡 丁目 番 号								
氏名 生年月日	フリガナ 氏 名 (男・女) 年 月 日生								
電話番号 職業	Tel () 職業								
受傷・発生機転	概要	聴取先：本人・家族()・関係者()・救急隊現認・他()					距離		
							出場～現場	k m	
							現場～病院	k m	
	主訴・自覚症状等	あり なし 不明(理由) 痛みの部位() 性状()							
	主な症状・病態	なし 不明 意識障害 頭痛 めまい 悪心・嘔吐 しびれ 痙攣 胸痛・絞扼感 動悸 呼吸困難 咳、痰 咯血 背部痛 腰痛 腹痛 下痢 吐血 下血 発熱 脱力感・ぐったり 創傷 その他()							
	鋭的外傷	なし 不明 刺された(刺した 刺さった) 切られた(切った) 撃たれた(撃った) その他							
	鈍的外傷	なし 不明 車外放出 同乗者の死亡 車に轢かれた 車に撥ね飛ばされた 車の高度な損傷 救出所要時間20分以上 車の横転 転倒したバイクと運転手の距離 自動車と自転車の衝突 自動車と歩行者の衝突 機械器具に巻き込まれた 体幹部が挟まれた 高所墜落(6m以上) その他							
その他の発生機転	なし 不明 熱傷 中毒(農薬 医薬品 工業用品 ガス その他) 環境要因 なし 不明 高温 低温 急減圧 高山 酸欠 放射線								
安全措置	なし 不明 ヘルメット(着 脱未着) シートベルト(有 無) チャイルドシート(有 無) エアバック(作動有 作動無)								
全身観察	神経系	瞳孔	正常 右()mm 左()mm 不明 縮小(右・左・両) 散大(右・左・両) 共同偏視 斜偏視						
		対光反射	正常 不明 鈍い(右・左・両) 消失(右・左・両)						
		運動麻痺	なし 不明 上肢(右・左・両) 下肢(右・左・両) 感覚麻痺 なし 不明 上肢(右・左・両) 下肢(右・左・両)						
		言語	なし 不明 失語・構音障害あり 失禁 なし 不明 失禁(尿・便)						
	頭・顔面	頸部状態	なし 不明 ブラックアイ バトル徴候 耳出血 鼻出血 口腔内出血 項部硬直 頸静脈怒張 後頸部圧痛 気管偏位 皮下気腫 嚔声 気道熱傷						
		胸部	状態	呼吸音正常 なし 不明 呼吸音減弱(右・左) フレイルチェスト 開放性気胸 胸壁圧痛(右・左) 皮下気腫					
		性状	正常 不明 連続性(喘鳴) 不連続性(ラ音)						
	腹部・骨盤	正常 不明 腹部圧痛 反跳痛 筋性防御 腹部膨隆 骨盤動揺 性器出血							
	四肢	動揺・変形	なし 不明 大腿(右・左) 下腿・足部(右・左) 上腕(右・左) 前腕・手(右・左)						
		切断・離断	なし 不明 大腿(右・左) 下腿・足部(右・左) 上腕(右・左) 前腕・手(右・左)						
主な創傷	部位	なし 不明 頭 顔面 頸 胸 腹 腰背部 四肢 性状 不明 擦過傷 打撲痕 挫創 切創 刺創 割創 腫脹 索状痕							
	熱傷	なし 不明 I度()%部位() II度()%部位() III度()%部位()							
その他	死亡徴候	四肢硬直 その他 (露出部冷感 頸頸部硬直 被覆部冷感 角膜混濁 全身硬直)							
	死斑	部位 () 妊娠 週							
その他観察項目	表情	正常 苦悶 興奮 不穏 無表情 泣く 虚脱 自発性欠如 その他()							
	顔貌・皮膚	正常 蒼白 紅潮 チアノーゼ 土気色 黄染 乾燥 発汗 冷感 その他()							
	体位管理	仰臥位 座位 半座位 側臥位(右・左) 腹臥位 下肢挙上 膝屈曲 仰臥位 損傷部位高位 その他							
	出血	性状	なし 不明 外出血 咯血 吐血 下血 性器出血 部位()						
		出血量	不明 少(滲出的で少量) 中(少・多以外) 多(生命に危険を及ぼす量)						
	痙攣	なし 不明 あり(全身・間代性・強直性) 嘔吐・嘔気 なし 不明 あり(嘔吐・嘔気)							
麻痺	なし 不明 あり(右半身 左半身 単麻痺 対麻痺) 意識喪失(LOC) なし 不明 あり(時刻 頃～ 頃)								
意識障害	なし JCS GCS (E- V- M-) アブガースコア 点								
呼吸	なし ()回/分 正常 胸部挙上不十分 喘鳴 陥没 チェストクズ 下顎 失調性 左右差あり その他()								
脈拍	なし ()回/分 正常 頻脈 除脈 微弱 不整 左右差 橈骨 総頸 大腿 足背 その他()								
血圧	測定不能	触診 自動 聴診 血糖値							
	SpO ₂	測定不能	%				体温	測定不能 °C	mg/dl
心電図	測定不能 洞調律 頻脈 徐脈 PVC ST(上昇・下降) VF VT PEA 心静止 その他() 不明								
バイスタンダー処置	なし 不明 心肺蘇生法 胸骨圧迫 人工呼吸 市民によるAED (実施時刻) (推定・確定・不明) 観察 体位管理 気道確保 異物除去 止血 頭部固定 骨折の固定 創の洗浄・被覆 移動 その他()								
救急隊応急処置	止血 固定 保温 被覆 人工呼吸 胸骨圧迫 心肺蘇生法 酸素吸入(ℓ/分× 分) 気道確保() 除細動(初回実施時刻 時 分/施行回数 回) 血糖測定 静脈路確保 薬剤投与(初回実施時刻 時 分/投与回数 回/アドレナリン・ブドウ糖) その他()								
備考	上記のとおり傷病者を受け入れました。 医療機関名及び医師の署名又は押印								

救急救命処置録				出場番号	第 号	傷病者番号	
実施年月日				救命処置番号		作成者：	
傷病者	住所：						
	氏名			性別：	生年月日：	(歳)	
救急要請の概要							
観 察 ・ 処 置 の 経 過							
実施時刻							時間経過
意識							覚知
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	出場
脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	現着
E C G							接触
血 圧	/	/	/	/	/	/	現発
瞳 孔	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	病着
S p O 2	%	%	%	%	%	%	収容
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	連携活動等
処置判断等							
気 道 確 保		除 細 動		静 脈 路 確 保		薬 剤 投 与	
気道確保		除細動		静脈路確保		薬剤投与	
指示要請時刻		指示要請時刻	指示有無：	指示要請時刻		結 果	
実施時刻				実施時刻		指示要請時刻	
実施場所		開始時刻		実施場所		実施場所	
方法/使用器具：		実施場所		目的・適応		投与薬剤	
サイズ：(mm)		除細動器		血管確保部位		投与回数	
カフ容量：(ml)		最終波形		選択針	サイズ：(G)	1回目：	
固定位置：(cm)		1回目：(J)		輸液速度		2回目：	
換 気		2回目：(J)		輸液量	(ml/h)	3回目：	
酸素投与	(L/分) (回/分)	3回目：(J)		特記：		4回目：	
結 果		4回目：(J)			5回目：		
特記：		5回目：(J)			特記：		
		6回目：(J)					
		特記：					
実施者資格		実施者資格		実施者資格		実施者資格	
氏 名		氏 名		氏 名		氏 名	
血 糖 測 定							
血糖測定		結 果		測定時刻		血糖値	
実施場所				穿刺部位		穿刺回数	
測定理由							
特記：							
実施者資格				氏 名			
医師連携・医師指示要請							
医師の指導		指導無し理由		実施者氏名			
要請時刻		指示時刻		指示・指導医	氏名：	所属病院：	
連絡がとれるまでに要した発信回数（ 回） 指示医師と会話ができるまでに要した時間（ 分）							
要請内容：							
指示・指導内容							
実施者		医師の処置内容等					
備考：				指示医師名及び医療機関名（署名又は押印）			

観 察・処 置 経 過 (その2)						
実施時刻						
意識						
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
脈 拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
E C G						
血 圧	/	/	/	/	/	/
瞳 孔	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm
S p O 2	%	%	%	%	%	%
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
処置判断等						

観 察・処 置 経 過 (その3)						
実施時刻						
意識						
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
脈 拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
E C G						
血 圧	/	/	/	/	/	/
瞳 孔	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm
S p O 2	%	%	%	%	%	%
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
処置判断等						

観 察・処 置 経 過 (その4)						
実施時刻						
意識						
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
脈 拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
E C G						
血 圧	/	/	/	/	/	/
瞳 孔	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm
S p O 2	%	%	%	%	%	%
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
処置判断等						

観 察・処 置 経 過 (その5)						
実施時刻						
意識						
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
脈 拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
E C G						
血 圧	/	/	/	/	/	/
瞳 孔	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm	右:mm 左:mm
S p O 2	%	%	%	%	%	%
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
処置判断等						

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

伊勢市子ども・子育て支援法施行細則をここに公布する。

平成 27 年 1 月 26 日

伊勢市長 鈴木 健 一

伊勢市規則第 3 号

伊勢市子ども・子育て支援法施行細則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「法」という。）の施行に関し、子ども・子育て支援法施行令（平成26年政令第213号）及び子ども・子育て支援法施行規則（平成26年内閣府令第44号。以下「府令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(労働時間の下限)

第 2 条 府令第 1 条第 1 号の市町村が定める時間は、月 48 時間とする。

(保育必要量の認定)

第 3 条 府令第 4 条の規定による保育必要量の認定は、原則として、次の各号の掲げる区分に応じ、当該各号に定めるところにより行うものとする。

- (1) 府令第 1 条第 1 号に掲げる事由に該当する場合（1月において 120 時間以上労働することを常態とする場合に限る。） 1月当たり平均 275 時間まで（1日当たり 11 時間まで）
- (2) 府令第 1 条第 1 号に掲げる事由に該当する場合（1月において 48 時間以上 120 時間未満労働することを常態とする場合に限る。） 1月当たり平均 200 時間まで（1日当たり 8 時間まで）
- (3) 府令第 1 条第 3 号、第 6 号及び第 9 号に掲げる事由に該当する場合 1月当たり平均 200 時間まで（1日当たり 8 時間まで）。
- (4) 府令第 1 条第 4 号及び第 7 号に掲げる事由に該当する場合（1月において 120 時間以上介護し、若しくは看護し、就学し、又は職業訓練を受けていることを常態とする場合に限る。） 1月当たり平均 275 時間まで（1日当たり 11 時間まで）

- (5) 府令第1条第4号及び第7号に掲げる事由に該当する場合（1月において120時間未満介護し、若しくは看護し、就学し、又は職業訓練を受けていることを常態とする場合に限る。） 1月当たり平均200時間まで（1日当たり8時間まで）

（認定の申請書）

第4条 府令第2条の申請書は、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書特定教育・保育施設等入所（園）申込書（兼保育児童台帳）（様式第1号）とする。

（認定の結果の通知等）

第5条 法第20条第4項後段の支給認定証は、支給認定証（様式第2号）とする。

- 2 法第20条第5項の規定による通知は、支給認定却下通知書（様式第3号）により行うものとする。

（利用者負担額に関する事項の通知）

第6条 府令第7条の規定による支給認定保護者に対する通知は、利用者負担額（保育料）決定通知書（様式第4号）により行うものとする。

（支給認定の有効期間）

第7条 府令第8条第4号ロの市町村が定める期間は、90日とする。

- 2 府令第8条第6号及び第12号の市町村が定める期間は、同令第1条第9号に掲げる事由に該当するものとして認めた事情を勘案して市長が適当と認める期間とする。

- 3 府令第8条第7号及び第13号の市町村が定める期間は、府令第1条第10号に掲げる事由に該当するものとして認めた事情を勘案して市長が適当と認める期間とする。

（現況の届出）

第8条 府令第9条第1項の届書は、施設型給付費・地域型保育給付費等

支給認定現況確認届書（様式第5号）とする。

（利用者負担額に関する事項の変更の通知）

第9条 府令第9条第4項の規定による支給認定保護者に対する通知は、利用者負担額（保育料）変更通知書（様式第6号）により行うものとする。

（支給認定の変更の申請）

第10条 府令第11条の申請書は、施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書（様式第7号）とする。

（申請による支給認定の変更の認定の結果の通知等）

第11条 法第23条第3項において準用する法第20条第4項前段の規定による通知は、支給認定変更通知書（様式第8号）により行うものとする。

2 法第23条第3項において準用する法第20条第5項の規定による通知は、支給認定変更却下通知書（様式第9号）により行うものとする。

（職権による支給認定の変更の認定の通知）

第12条 法第23条第5項において準用する法第20条第4項前段の規定による通知は、支給認定変更通知書（様式第10号）により行うものとする。

（支給認定の取消しの通知）

第13条 府令第14条第1項の規定による通知は、支給認定取消通知書（様式第11号）により行うものとする。

（申請内容の変更の届出）

第14条 府令第15条第1項の届書は、支給認定児童家族状況等変更届書（様式第12号）とする。

（支給認定証の再交付の申請）

第15条 府令第16条第2項の申請書は、支給認定証再交付申請書（様式

第 13 号) によるものとする。

(特定教育・保育施設の確認申請)

第 16 条 府令第 26 条の申請書は、特定教育・保育施設確認申請書 (様式第 14 号) とする。

(特定教育・保育施設の確認の変更の申請)

第 17 条 府令第 28 条の申請書は、特定教育・保育施設確認変更申請書 (利用定員の増加) (様式第 15 号) とする。

(特定教育・保育施設の設置者の住所等の変更の届出)

第 18 条 府令第 30 条第 1 項の規定による届出は、特定教育・保育施設変更届出書 (様式第 16 号) により行うものとする。

(特定教育・保育施設の利用定員の減少の届出)

第 19 条 府令第 31 条の規定による届出は、特定教育・保育施設変更届出書 (利用定員の減少) (様式第 17 号) により行うものとする。

(特定教育・保育施設の確認の辞退)

第 20 条 法第 36 条の規定により辞退しようとする者は、特定教育・保育施設確認辞退届出書 (様式第 18 号) を市長に提出するものとする。

(特定地域型保育事業者の確認の申請)

第 21 条 府令第 36 条の申請書は、特定地域型保育事業者確認申請書 (様式第 19 号) とする。

(特定地域型保育事業者の確認の変更の申請)

第 22 条 府令第 37 条の申請書は、特定地域型保育事業者確認変更申請書 (利用定員の増加) (様式第 20 号) とする。

(特定地域型保育事業の名称等の変更の届出等)

第 23 条 府令第 38 条第 1 項の規定による届出は、特定地域型保育事業者変更届出書 (様式第 21 号) により行うものとする。

第 24 条 府令第 38 条第 3 項の規定による届出は、特定地域型保育事業者

変更届出書（利用定員の減少）（様式第 22 号）のとおりとする。

（特定地域型保育事業の確認の辞退）

第 25 条 法第 48 条の規定により辞退しようとする者は、特定地域型保育事業者確認辞退届出書（様式第 23 号）を市長に提出するものとする。

（業務管理体制の整備に関する事項の届出）

第 26 条 府令第 43 条第 1 項の規定による届出は、子ども・子育て支援法第 55 条第 1 項（整備）又は第 4 項（区分の変更）に基づく業務管理体制に係る届出書（様式第 24 号）によるものとする。

第 27 条 府令第 43 条第 2 項の規定による届出は、子ども・子育て支援法第 55 条第 3 項に基づく業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）（様式第 25 号）によるものとする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

- 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書
 特定教育・保育施設等入所(園)申込書（兼保育児童台帳）

(宛先) 伊勢市長
 (管理者)

年 月 日

〒

保護者住所 伊勢市

自宅Tel

保護者氏名 (印)

携帯Tel (続柄:)

保護者生年月日 年 月 日

携帯Tel (続柄:)

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を次のとおり申請します。

特定教育・保育施設等への入所(園)につき次のとおり申し込みます。

○最終ページの「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。

申請に係る 小学校就学前 子ども (申請児童)	(ふりがな) 氏 名		生年月日	性別	備考
			年 月 日	男・女	
支給認定証番号 (※1)				障害者手帳・ 療育手帳等の有無	有・無
保育の希望の 有無 (※2)	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む。) 【2号・3号】			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。) 【1号】			

(※1) 既に支給認定を受けている場合に記入してください。

(※2) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。【2号・3号】

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。【1号】

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①、②に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童 との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	市町村民税 課税の有無	同居 ・別居	備考(※)
児童の 世帯員		父	年 月 日	男・女		有・無	同・別	
		母	年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
			年 月 日	男・女		有・無	同・別	
生活保護受給の有無		無・有(年 月 日保護開始)						

(※) 申請児童の他に支給認定を受けている児童がいる場合は、当該児童に係る「支給認定証番号」を記入してください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名		希望理由
	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		

* 事業所番号欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

※前ページ 保育の希望の有無（※2）で「有」を○で囲んだ場合のみ記入してください。

※保育の利用を必要とする理由についての証明書等を提出していただきます。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <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		
希望する利用時間	平日：午前 時 分から 午後 時 分まで 土曜日：午前 時 分から 午後 時 分まで		

-----【記入はここまで】-----

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		支給認定証番号	認定区分等
可・否	(否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
平成 年 月 日認定			
支給(入所)の可否		支給(利用)期間	
可・否	(否とする理由)	自	年 月 日
<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		至	年 月 日
入所施設(事業者)名			
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			
備 考			

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定【 年 月 日契約(内定) 】) ・ 無
備 考	

(裏面)

支給認定証									
児童	フリガナ			支給認定証番号					
	氏名			支給認定区分					
	生年月日	年	月	日	保育必要量区分				
保護者	フリガナ			保育希望理由					
	氏名			支給認定有効期間	年	月	日	から	
	生年月日	年	月		日	年	月	日	まで
	住所				年	月	日	交付	
				伊勢市長	印				
<p>※ この証は、教育・保育区分及び必要量等を認定するものです。教育・保育施設等の利用決定通知ではありませんのでご注意ください。</p> <p>※ この証の記載事項に変更が生じたときは、この証を添えて伊勢市にその旨を申し出てください。</p> <p>※ 利用施設にこの証の提示を求められたときは、必ず提示してください。</p> <p>(教示) この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。 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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。))。</p>									

支給認定却下通知書

第 号
年 月 日

様

伊勢市長

印

先に申請のありました施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
保護者の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
却下理由	
支給認定却下年月日	年 月 日

(教示)

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。)

利用者負担額(保育料)決定通知書

第 年 月 日
第 年 月 日

様

伊勢市長



利用者負担額を、次のとおり決定しましたので通知します。

支給認定児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
支給認定証番号	
支給認定区分 (保育必要量区分)	号認定 (保育 時間)
利用者負担の階層	階層
利用者負担額 (月 額)	円

この利用者負担額は、4～8月分は前年度・9～3月分は当年度市民税額によって決定されたものです。利用者負担額が変更される場合は、改めて通知します。

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。)

施設名

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況確認届書

(宛先) 伊勢市長

年 月 日

〒 -

保護者住所 伊勢市

自宅Tel

保護者氏名

①

携帯Tel

(続柄:)

携帯Tel

(続柄:)

子ども・子育て支援法第22条に基づき、次のとおり届け出ます。

支給認定児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	支給認定証番号
			年 月 日	

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	同居・別居	備考(※)
児童の世帯員		父	年 月 日	男・女		同・別	
		母	年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
			年 月 日	男・女		同・別	
生活保護受給の有無		無 ・ 有 (年 月 日保護開始)					

(※) 申請児童の他に支給認定を受けている児童がいる場合は、当該児童に係る「支給認定証番号」を記入してください。

②保育の利用を必要とする理由等

※保育の利用を必要とする理由についての証明書等を提出していただきます。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
			<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <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		

-----【記入はここまで】-----

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定区分等	認定区分等
可 ・ 否	(否とする理由)	
年 月 日確認	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	自 年 月 日 至 年 月 日

利用者負担額(保育料)変更通知書

第 年 月 日
第 年 月 日

様

伊勢市長

印

次のとおり、利用者負担額を変更しましたので通知します。

支給認定児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
支給認定証番号	
支給認定区分 (保育必要量区分)	号認定 (保育 時間)
変更前利用者負担額 (月 額)	円 (階層)
変更後利用者負担額 (月 額)	円 (階層)

この利用者負担額は、4～8月分は前年度・9～3月分は当年度市民税額によって決定されたものです。利用者負担額が変更される場合は、改めて通知します。

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。))。

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定変更申請書

(宛先) 伊勢市長
(管理者)

年 月 日

〒 _____
保護者住所 伊勢市 _____ 自宅TEL _____

保護者氏名 _____ (印) _____ 携帯TEL _____ (続柄: _____)

保護者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 携帯TEL _____ (続柄: _____)

施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の変更を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども (申請児童)	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	保護者との 続柄	備考
			男・女		
在籍施設名 (※1)			事業所番号 (※2)		
支給認定証番号 (※3)					
	変更前		変更後		
支給認定区分	□1号 □2号 □3号		□1号 □2号 □3号		
保育必要量区分	□標 □短		□標 □短		
保育希望理由	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <input type="checkbox"/> その他 ()		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得する場合に保育利用中の子どもの継続 <input type="checkbox"/> その他 ()		
支給認定 有効期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
利用者負担額に 関する事項	<input type="checkbox"/> 所得変更 <input type="checkbox"/> その他 ※上記変更事項をチェックし、変更理由を具体的に記入してください。				

- (※1) 既に幼稚園や保育所等に在籍している場合に記入してください。
- (※2) 事業所番号欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。
- (※3) 支給認定証番号等を記入し、その支給認定証も添付してください。
- (※) 変更事項を確認できる書類を添付してください。(就労証明書、診断書、課税証明書等)

-----【記入はここまで】-----

*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

変更認定の可否			
可 ・ 否	(否とする理由)		
平成 年 月 日変更認定			
	変更前	変更後	備考
支給認定証番号			
支給認定区分等	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)	
支給認定有効期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
利用者負担額階層区分			

*施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設 (事業者) 名	(事業所番号: _____)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約 (内定) の有無	有 (契約・内定【 _____ 年 _____ 月 _____ 日契約 (内定) 】) ・ 無
備 考	

支給認定変更通知書

第 年 月 日 号

様

伊勢市長

印

先に申請のありました施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定の変更について、子ども・子育て支援法第23条第3項の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

支給認定児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生		
支給認定証番号			
/	変更前	変更後	
支給認定区分			
保育必要量区分			
保育希望理由			
支給認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	

変更前の支給認定証を に提出してください。
ただし、既に提出されている場合は不要です。

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。)

支給認定変更却下通知書

第 年 月 日
号 日

様

伊勢市長

印

先に申請のありました施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定の変更については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
保護者の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
却下理由	
支給認定却下年月日	年 月 日

(教示)

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するところの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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年を経過するところの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。)

支給認定変更通知書

第 号
年 月 日

伊勢市長

印

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定の変更について、子ども・子育て支援法第23条第5項の規定に基づき下記のとおり支給認定を変更しましたので、通知します。

支給認定児童の氏名 及び生年月日	年 月 日生
支給認定証番号	
変更前支給認定区分 (保育必要量区分)	号認定 (保育 時間)
変更後支給認定区分 (保育必要量区分)	号認定 (保育 時間)

変更前の支給認定証を 年 月 日に提出してください。
提出期限 年 月 日
ただし、既に提出されている場合は不要です。

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。)

支給認定取消通知書

第 年 月 日 号

様

伊勢市長

印

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定について、子ども・子育て支援法第24条第1項の規定により支給認定を取り消しましたので、次のとおり通知します。

児童の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
保護者の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
取消理由	
取消年月日	年 月 日

支給認定証を 年 月 日 に返還してください。
返還期限 年 月 日
ただし、既に返還されている場合は不要です。

(教示)

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

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の翌日から起算して6か月以内に、伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。(なお、この処分があったことを知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過するとこの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。)。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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、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。)

支給認定児童家族状況等変更届書

（宛先）伊勢市長

年 月 日

保護者住所 伊勢市 _____ 自宅Tel _____

保護者氏名 _____ (印) _____ 携帯Tel _____ (続柄： _____)

保護者生年月日 _____ 年 月 日 _____ 携帯Tel _____ (続柄： _____)

このことについて、下記のとおり変更がありましたので提出します。

記

支給認定児童	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	保護者との 続柄	在籍施設名
		年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女		
		年 月 日	男・女		
家族 状 況	児童との 続柄	変更前	児童との 続柄	変更後	
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
		【生年月日】 年 月 日		【生年月日】	年 月 日
変更内容	<input type="checkbox"/> 保護者氏名 <input type="checkbox"/> 保護者住所 <input type="checkbox"/> 児童氏名 <input type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> その他				
変更理由	 変更があった日付 _____ 年 月 日				

※ 支給認定証の記載内容に変更がある場合は、支給認定証を添付してください。

支給認定証再交付申請書

（宛先）伊勢市長

年 月 日

保護者住所 伊勢市 _____ 自宅Tel _____

保護者氏名 _____ ⑩ _____ 携帯Tel _____ (続柄: _____)

保護者生年月日 _____ 年 月 日 _____ 携帯Tel _____ (続柄: _____)

支給認定証の再交付を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	保護者との 続柄	備考
支給認定児童		年 月 日生	男・女		
現在の認定区分	1号 ・ 2号 ・ 3号				
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【具体的な状況】				

※ 紛失した支給認定証が発見されたときは、速やかに返還してください。

※ 破損・汚損での再交付申請の場合は、再交付申請書に支給認定証を添付してください。

特定教育・保育施設 確認申請書

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所在地

申請者 名 称

代表者氏名

印

子ども・子育て支援法第31条第1項に規定する教育・保育施設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 法人等名称										
	主たる事務所の 所在地・連絡先	(〒 ー) 都道府県 郡市区									
		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 ー) 都道府県 郡市区									
		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										
教育・保育施設 の 区 分	区 分							添付様式			
	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (幼保連携型)							付表1			
	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (幼稚園型)							付表2			
	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (保育所型)							付表3			
	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (地方裁量型)							付表4			
	<input type="checkbox"/> 幼稚園 (上記を除く。)							付表5			
<input type="checkbox"/> 保育所 (上記を除く。)							付表6				

付表1 認定こども園（幼保連携型）の確認に係る記載事項

フリガナ 施設の名称							
施設の所在地 ・ 連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区						
	電話番号			FAX番号			
	E-mail アドレス						
園長の氏名・ 生年月日	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	氏 名						
園長就任年月日	年 月 日						
園長の教員免許・ 保育士資格の有無	有 (免許・資格の種類:) ・ 無						
園長の住所・ 連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区						
	電話番号			FAX番号			
認定年月日	年 月 日						
開 所 曜 日	1号	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					
	2号・3号	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土					
開 所 時 間	1号	平日	時	分	～	時	分
		土曜日	時	分	～	時	分
		日曜日	時	分	～	時	分
	2号 ・ 3号	平日	時	分	～	時	分
		土曜日	時	分	～	時	分
		日曜日	時	分	～	時	分
休 園 日	例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日						
利 用 定 員	1号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児		
		人	人	人	人		
	2号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児		
		人	人	人	人		
	3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児		
		人	人	人	人		

認可定員		1号認定		2号認定		3号認定						
		人		人		人						
学級編制		学級（1学級当たり 人）										
給食の実施状況	1号認定	実施有無	有 ・ 無									
		提供日	日・月・火・水・木・金・土 その他（ ）									
		提供方法	自園調理 ・ 外部搬入 ・ 弁当持参									
	2号認定	提供方法	自園調理 ・ 外部搬入									
その他の事業の実施状況		特別支援教育・障害児保育	延長保育			一時預かり						
		有 ・ 無	有 ・ 無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで			有 ・ 無 (時 分～ 時 分)						
		病児・病後児保育	そ の 他									
		有 ・ 無 (類型：)	()									
利用料		実費徴収の有(内容・金額)・無		有 () ・ 無								
		上乗せ徴収の有(内容・理由・金額)・無		有 () ・ 無								
職員 の 状 況	職 種		副園長		教頭		主幹保育教諭		指導保育教諭		保育教諭	
			専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務				
	配 置 職 員 数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人		人		人		人		人	
	基準上の必要人数		人		人		人		人		人	
	平均経験年数		年		年		年		年		年	
	職 種		助保育教諭		主幹養護教諭		養護教諭		養護助教諭		主幹栄養教諭	
			専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務	専 従 兼 務				
	配 置 職 員 数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人		人		人		人		人	
	基準上の必要人数		人		人		人		人		人	
平均経験年数		年		年		年		年		年		

職 種		栄養教諭		学校医		学校歯科医		学校薬剤師		事務職員			
		専	従	専	従	専	従	専	従	専	従		
配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
	非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
常勤換算後の人数		人		人		人		人		人			
基準上の必要人数		人		人		人		人		人			
平均経験年数		年		年		年		年		年			
職 種		調理員		教育補助職員 ・保育補助者		その他の職員		直接雇用・派遣の別					
		専	従	専	従	専	従	直接雇用（有期）		人			
配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	うち保育教諭		人			
	非常勤	人	人	人	人	人	人	直接雇用（無期）		人			
常勤換算後の人数		人		人		人		うち保育教諭		人			
基準上の必要人数		人		人		人		派遣労働者		人			
平均経験年数		年		年		年		うち保育教諭		人			
設 備		敷地全体		園舎		乳児室		ほふく室		保育室		遊戯室	
居室数／面積		㎡		㎡		室／㎡		室／㎡		室／㎡		室／㎡	
1人当たりの面積		㎡/人		㎡/人		㎡/人		㎡/人		㎡/人		㎡/人	
設 備		園 庭（運 動 場 ・ 屋 外 遊 戯 場）											
設置場所		□敷地内 □隣接地 □代替地（□公園 □広場 □寺社境内 □その他）											
面 積		全体の面積				㎡				満2歳以上児1人当たり面積			
設 備		調 理 室 ・ 調 理 設 備											
設置状況		□調理室 □調理設備											
添 付 書 類		設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合）又は条例等 施設の平面図 園長の経歴書 運営規程 学校教育・保育の理念など、施設の運営方針 学校教育・保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 学級編制表 定員以上の応募がある場合の選考基準 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 一時預かり等の子育て支援事業に関する実施内容 収支予算書等 認可証の写し 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置											

付表2 認定こども園（幼稚園型）の確認に係る記載事項

認定こども園	フリガナ				
	施設の名称				
	園長の氏名・ 生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	園長就任年月日	年 月 日			
	園長の教員免許・ 保育士資格の有無	有 (免許の種類:) ・ 無			
	園長の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		
幼稚園	フリガナ				
	施設の名称				
	施設の所在地 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
		電話番号		FAX番号	
		E-mail アドレス			
	園長の氏名・ 生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
園長就任年月日	年 月 日				
園長の教員免許 の有無	有 (免許の種類:) ・ 無				
園長の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区				
	電話番号		FAX番号		
保育所機能部分	フリガナ				
	施設の名称				
	施設の所在地 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
		電話番号		FAX番号	
	E-mail アドレス				

保育所機能部分	施設長の氏名・ 生 年 月 日	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	施設長就任年月日	年 月 日			
	施設長の資格 の有無	有 (免許の種類:) ・ 無			
	施設長の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		
認定年月日	年 月 日				
開 所 曜 日	1号	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			
	2号・3号	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			
開 所 時 間	1号	平日	時 分	～	時 分
		土曜日	時 分	～	時 分
		日曜日	時 分	～	時 分
	2号 ・ 3号	平日	時 分	～	時 分
		土曜日	時 分	～	時 分
		日曜日	時 分	～	時 分
休 園 日	例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日				
利 用 定 員	1号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児
		人	人	人	人
	2号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児
		人	人	人	人
	3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児
		人	人	人	人
認 可 定 員	1号認定	2号認定	3号認定		
	人	人	人		
学 級 編 制	学級 (1学級当たり 人)				

給食の実施状況	1号認定	実施有無	有 ・ 無														
		提供日	日・月・火・水・木・金・土 その他（ ）														
		提供方法	自園調理 ・ 外部搬入 ・ 弁当持参														
	2号認定	提供方法	自園調理 ・ 外部搬入														
その他の事業の実施状況	特別支援教育			延長保育				一時預かり									
	有 ・ 無			有 ・ 無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで				有 ・ 無 (時 分～ 時 分)									
	そ の 他																
	()																
利 用 料	実費徴収の有(内容)・無					有 () ・ 無											
	上乗せ徴収の有(内容・理由・金額)・無					有 () ・ 無											
職員 の 状 況	職 種		副園長			教頭			主幹教諭			指導教諭			教諭		
			専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人			人			人			人			人		
	基準上の必要人数		人			人			人			人			人		
	平均経験年数		年			年			年			年			年		
	職 種		助教諭			講師			養護教諭			養護助教諭			栄養教諭		
			専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人			人			人			人			人		
	基準上の必要人数		人			人			人			人			人		
	平均経験年数		年			年			年			年			年		
	職 種		保育士 (教員を除く保育士資格保有者)			学校医			学校歯科医			学校薬剤師			事務職員		
			専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務	専	従	兼務
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人			人			人			人			人		
	基準上の必要人数		人			人			人			人			人		
平均経験年数		年			年			年			年			年			

職 種	調理員		教育補助職員 ・保育補助者		その他の職員		直接雇用・派遣の別		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	直接雇用（有期）	人	
配 置 職 員 数	常 勤	人	人	人	人	人	うち教諭又は保育士	人	
	非常勤	人	人	人	人	人	直接雇用（無期）	人	
常勤換算後の人数	人		人		人		うち教諭又は保育士	人	
基準上の必要人数	人		人		人		派遣労働者	人	
平均経験年数	年		年		年		うち教諭又は保育士	人	
設 備	敷地全体		園舎		乳児室		ほふく室	保育室	遊戯室
居室数／面積	㎡		㎡		室／㎡		室／㎡	室／㎡	室／㎡
1人当たりの面積	㎡/人		㎡/人		㎡/人		㎡/人	㎡/人	㎡/人
設 備	園 庭（運 動 場 ・ 屋 外 遊 戯 場）								
設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地（ <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他）								
面 積	全体の面積				㎡			満2歳以上児1人当たり面積	㎡/人
設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備								
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備								
添 付 書 類	設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合）又は条例等 施設の平面図 園長の経歴書 運営規程 学校教育・保育の理念など、施設の運営方針 学校教育・保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 学級編制表 定員以上の応募がある場合の選考基準 誓約書 役員（氏名、生年月日及び住所）の状況 一時預かり等のその他の事業に関する実施内容 収支予算書等 認可証の写し 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置								

付表3 認定こども園（保育所型）の確認に係る記載事項

認定 こども 園	フリガナ				
	施設の名称				
	園長の氏名・ 生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	園長就任年月日	年 月 日			
	園長の教員免許・ 保育士資格の有無	有 (免許の種類:) ・ 無			
	園長の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		
保育所	フリガナ				
	施設の名称				
	施設の所在地 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
		電話番号		FAX番号	
		E-mail アドレス			
	施設長の氏名・ 生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	施設長就任年月日	年 月 日			
施設長の資格 の有無	有 (免許の種類:) ・ 無				
施設長の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区				
	電話番号		FAX番号		

幼稚園機能部分	フリガナ							
	施設の名称							
	施設の所在地・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区						
		電話番号		FAX番号				
		E-mail アドレス						
	園長の氏名・生年月日	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)			
		氏名						
	園長就任年月日	年 月 日						
	園長の教員免許の有無	有 (免許の種類:) ・ 無						
	園長の住所・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区						
電話番号			FAX番号					
認定年月日	年 月 日							
開所曜日	1号	日	・ 月	・ 火	・ 水	・ 木	・ 金	・ 土
	2号・3号	日	・ 月	・ 火	・ 水	・ 木	・ 金	・ 土
開所時間	1号	平日	時	分	～	時	分	
		土曜日	時	分	～	時	分	
		日曜日	時	分	～	時	分	
	2号・3号	平日	時	分	～	時	分	
		土曜日	時	分	～	時	分	
		日曜日	時	分	～	時	分	
休園日	例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日							
利用定員	1号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児			
		人	人	人	人			
	2号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児			
		人	人	人	人			
	3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児			
		人	人	人	人			

認可定員		1号認定		2号認定		3号認定						
		人		人		人						
学級編制		学級（1学級当たり）人										
給食の実施状況	1号認定	実施有無	有・無									
		提供日	日・月・火・水・木・金・土 その他（ ）									
		提供方法	自園調理 ・ 外部搬入 ・ 弁当持参									
	2号認定	提供方法	自園調理 ・ 外部搬入									
その他の事業の実施状況		障害児保育		延長保育		一時預かり						
		有・無		有・無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで		有・無 (時 分～ 時 分)						
		病児・病後児保育		その他								
		有・無 (類型：)		()								
利用料		実費徴収の有(内容)・無		有() ・ 無								
		上乗せ徴収の有(内容・理由・金額)・無		有() ・ 無								
職員 の 状 況	職 種		主任保育士		保育士		医師(嘱託医)		調理員		幼稚園教諭	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人		人		人		人		人	
	基準上の必要人数		人		人		人		人		人	
	平均経験年数		年		年		年		年		年	
	職 種		その他の職員		直接雇用・派遣の別							
			専 従	兼 務	直接雇用(有期)		人					
	配 置 職員数	常 勤	人	人	うち保育士		人					
		非常勤	人	人	直接雇用(無期)		人					
	常勤換算後の人数		人		うち保育士		人					
	基準上の必要人数		人		派遣労働者		人					
	平均経験年数		年		うち保育士		人					

設 備	敷地全体	園舎	乳児室	ほふく室	保育室	遊戯室
居室数／面積	m ²	m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²
1人当たりの面積			m ² /人	m ² /人	m ² /人	m ² /人
設 備	園 庭 (運 動 場 ・ 屋 外 遊 戯 場)					
設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)					
面 積	全体の面積		m ²	満2歳以上児1人当たり面積		m ² /人
設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備					
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備					
添 付 書 類	設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合）又は条例等 施設の平面図 施設長の経歴書 運営規程 学校教育・保育の理念など、施設の運営方針 学校教育・保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 学級編制表 定員以上の応募がある場合の選考基準 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 一時預かり等の子育て支援事業に関する実施内容 収支予算書等 認可証の写し 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置					

付表4 認定こども園（地方裁量型）の確認に係る記載事項

認定こども園	フリガナ				
	施設の名称				
	園長の氏名・生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	園長就任年月日	年 月 日			
	園長の教員免許・保育士資格の有無	有 (免許の種類:) ・ 無			
	園長の住所・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		
幼稚園機能部部分	フリガナ				
	施設の名称				
	施設の所在地・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
		電話番号		FAX番号	
		E-mail アドレス			
	園長の氏名・生年月日	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	園長就任年月日	年 月 日			
園長の教員免許の有無	有 (免許の種類:) ・ 無				
	園長の住所・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		

保育所機能部分	フリガナ				
	施設の名称				
	施設の所在地・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
		電話番号		FAX番号	
		E-mailアドレス			
	施設長の氏名・生年月日	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
		氏名			
	施設長就任年月日	年 月 日			
	施設長の資格の有無	有 (免許の種類:) ・ 無			
	施設長の住所・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
電話番号			FAX番号		
認定年月日	年 月 日				
開所曜日	1号	日・月・火・水・木・金・土			
	2号・3号	日・月・火・水・木・金・土			
開所時間	1号	平日	時 分 ~ 時 分		
		土曜日	時 分 ~ 時 分		
		日曜日	時 分 ~ 時 分		
	2号・3号	平日	時 分 ~ 時 分		
		土曜日	時 分 ~ 時 分		
		日曜日	時 分 ~ 時 分		
休園日	例) 夏季休園日○月○日~△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日				
利用定員	1号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児
		人	人	人	人
	2号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児
		人	人	人	人
	3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児
		人	人	人	人

認可定員		1号認定		2号認定		3号認定		
		人		人		人		
学級編制		学級（1学級当たり 人）						
給食の実施状況	1号認定	実施有無	有・無					
		提供日	日・月・火・水・木・金・土 その他（ ）					
		提供方法	自園調理 ・ 外部搬入 ・ 弁当持参					
	2号認定	提供方法	自園調理 ・ 外部搬入					
その他の事業の実施状況		延長保育			その他			
		有・無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで			（ ）			
職員 の 状 況	職 種		保育従事者 (両免(幼・保)保有者)		保育従事者 (幼稚園教諭免許のみ)		保育従事者 (保育士資格のみ)	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人
		非常勤	人	人	人	人	人	人
	常勤換算後の人数		人		人		人	
	基準上の必要人数		人		人		人	
	平均経験年数		年		年		年	
	職 種		保育従事者 (無資格者)		その他の職員		直接雇用・派遣の別	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	直接雇用（有期）	人
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	うち保育従事者	人
		非常勤	人	人	人	人	直接雇用（無期）	人
	常勤換算後の人数		人		人		うち保育従事者	人
	基準上の必要人数		人		人		派遣労働者	人
	平均経験年数		年		年		うち保育従事者	人

施設設備	設 備	敷地全体	園舎	乳児室	ほふく室	保育室	遊戯室
	居室数／面積	m ²	m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²
	1人当たりの面積			m ² /人	m ² /人	m ² /人	m ² /人
	設 備	園 庭 (運 動 場 ・ 屋 外 遊 戯 場)					
	設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)					
	面 積	全体の面積	m ²		満2歳以上児1人当たり面積		m ² /人
	設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備					
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備						
添 付 書 類	設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合） 又は条例等 施設の平面図 施設長の経歴書 運営規程 学校教育・保育の理念など、施設の運営方針 学校教育・保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 学級編制表 定員以上の応募がある場合の選考基準 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） その他の事業に関する実施内容 収支予算書等 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置						

付表5 幼稚園の確認に係る記載事項

フリガナ 施設の名称						
施設の所在地 ・連絡先		(郵便番号 -) 都道府県 市区				
		電話番号			FAX番号	
		E-mail アドレス				
園長の氏名・ 生年月日	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日 (満 歳)	
園長就任年月日	年 月 日					
園長の教員免許 の有無	有 (免許の種類:) ・ 無					
園長の住所 ・連絡先		(郵便番号 -) 都道府県 市区				
		電話番号			FAX番号	
認可年月日	年 月 日					
開所曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 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	
開所時間	時 分 ～ 時 分					
休園日	例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日					
利用定員	1号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児	
	人	人	人	人	人	
認可定員	1号認定				人	
学級編制	学級 (1学級当たり 人)					
給食の 実施状況	1号 認定	実施有無	有 ・ 無			
		提供日	日・月・火・水・木・金・土 その他 ()			
		提供方法	自園調理 ・ 外部搬入 ・ 弁当持参			
その他の事業 の実施状況	一時預かりの実施状況			特別支援教育		
	通常(平日)	有・無(時 分～時 分)		有 ・ 無		
	休業日等	有・無(時 分～時 分)				
	そ の 他					
()						

利 用 料		実費徴収の 有(内容・金額)・無				有 () ・ 無											
		上乗せ徴収の 有(内容・理由・金額)・無				有 () ・ 無											
職 種		副園長		教頭		主幹教諭		指導教諭		教諭							
		専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
配 置 職員数	常 勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
	非常勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
常勤換算後の人数		人		人		人		人		人		人					
基準上の必要人数		人		人		人		人		人		人					
平均経験年数		年		年		年		年		年		年					
職 種		助教諭		講師		養護教諭		養護助教諭		栄養教諭							
		専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
配 置 職員数	常 勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
	非常勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
常勤換算後の人数		人		人		人		人		人		人					
基準上の必要人数		人		人		人		人		人		人					
平均経験年数		年		年		年		年		年		年					
職 種		学校医		学校歯科医		学校薬剤師		事務職員		教育補助職員							
		専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
配 置 職員数	常 勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
	非常勤	人		人		人		人		人		人		人		人	
常勤換算後の人数		人		人		人		人		人		人					
基準上の必要人数		人		人		人		人		人		人					
平均経験年数		年		年		年		年		年		年					
職 種		その他職員		直接雇用・派遣の別													
		専	従	兼	務	直接雇用(有期)		人									
配 置 職員数	常 勤	人		人		うち教諭		人									
	非常勤	人		人		直接雇用(無期)		人									
常勤換算後の人数		人		うち教諭		人											
基準上の必要人数		人		派遣労働者		人											
平均経験年数		年		うち教諭		人											

職員の状況

設 備	敷地全体	園舎	保育室	遊戯室	園庭（運動場）
居室数／面積	m ²	m ²	室／ m ²	室／ m ²	m ²
1人当たりの面積			m ² /人	m ² /人	m ² /人
設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備				
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備 <input type="checkbox"/> 無し				
添 付 書 類	設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合） 又は条例等 施設の平面図 園長の経歴書 運営規程 学校教育の理念など、施設の運営方針 学校教育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 学級編制表 定員以上の応募がある場合の選考基準 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 預かり保育等のその他の事業に関する実施内容 収支予算書等 認可証の写し 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置				

付表6 保育所の確認に係る記載事項

フリガナ 施設の名称						
施設の所在地 ・連絡先		(郵便番号 -) 都道府県 市区				
		電話番号			FAX番号	
施設長の氏名 ・生年月日		フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日 (満 歳)
施設長就任年月日		年 月 日				
施設長の資格の有無		有 (資格の種類:) ・ 無				
施設長の住所 ・連絡先		(郵便番号 -) 都道府県 市区				
		電話番号			FAX番号	
認可年月日		年 月 日				
開所曜日		日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 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		例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日				
利用定員		2号認定	4歳以上児	5歳児	4歳児	3歳児
		人	人	人	人	人
		3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児
		人	人	人	人	人
認可定員		2号認定			3号認定	
		人			人	
給食の実施状況	2号認定	提供方法				
		自園調理 ・ 外部搬入				

その他の事業 の実施状況	障害児保育		延長保育				一時預かり							
	有 ・ 無		有 ・ 無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで				有 ・ 無 (時 分～ 時 分)							
	病児・病後児保育		そ の 他											
	有 ・ 無 (類型 :)		()											
利 用 料	実費徴収の 有 (内容) ・ 無				有 () ・ 無									
	上乗せ徴収の 有 (内容・理由・金額) ・ 無				有 () ・ 無									
職 種	主任保育士		保育士		医師(嘱託医)		調理員		その他の職員					
	専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務		専 従 兼 務					
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人				
		非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人				
	常勤換算後の人数		人		人		人		人					
	基準上の必要人数		人		人		人		人					
	平均経験年数		年		年		年		年					
	直接雇用・派遣の別													
	直接雇用 (有期)		人											
	うち保育士		人											
	直接雇用 (無期)		人											
	うち保育士		人											
派遣労働者		人												
うち保育士		人												
施 設 設 備	設 備		敷地全体		園舎		乳児室		ほふく室		保育室		遊戯室	
	居室数/面積		m ²		m ²		室/ m ²		室/ m ²		室/ m ²		室/ m ²	
	1人当たりの面積		/		/		m ² /人		m ² /人		m ² /人		m ² /人	
	設 備		屋 外 遊 戯 場											
	設置場所		<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)											
	面 積		全体の面積				m ²		満2歳以上児1人当たり面積				m ² /人	
	設 備		調 理 室 ・ 調 理 設 備											
	設置状況		<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備											

添 付 書 類	設置者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写真（申請者が法人の場合） 又は条例等 施設の平面図 施設長の経歴書 運営規程 保育の理念など、施設の運営方針 保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 一時預かり等の子育て支援事業に関する実施内容 収支予算書等 認可証の写真 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特定教育・保育施設 確認変更申請書（利用定員の増加）

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名

㊞

特定教育・保育施設の利用定員を下記のとおり変更（増加）したいので、子ども・子育て支援法第32条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 施設の名称			教育・保育 施設の種類							
施設の所在地 ・ 連絡先	(〒 ー) 都道府県 市区									
	電話番号			FAX番号						
	E-mail アドレス									
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 ー) 都道府県 市区									
	電話番号			FAX番号						
利 用 定 員	現在				→	増加後				
	1号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	1号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	2号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	2号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児	3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児	
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
利用定員を増加 しようとする理由										

添付書類

- 1 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
- 2 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

特定教育・保育施設 変更届出書

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代 表 者 氏 名

㊟

特定教育・保育施設の事業内容等下記のとおり変更が生じたので、子ども・子育て支援法第35条第1項の規定により、関係書類を添えて届出します。

1 施設の名称及び所在地

2 変更事項及び変更内容

変更があった事項		変更の内容
1	施設の名称	(変更前)
2	教育・保育施設の種類	
3	施設の所在地	
4	設置者の名称	
5	主たる事務所の所在地	
6	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
7	設置者の定款、寄附行為等及び 登記事項証明書又は条例等	(変更後)
8	建物の構造概要、図面及び設備の概要	
9	施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	
10	運営規程	
11	施設型給付費及び特例施設型給付費の 請求に関する事項	
12	役員の氏名、生年月日及び住所	
13	その他（変更事項を具体的に記入）	

3 変更事由

4 変更年月日

備考

- 1 該当する番号に○を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

特定教育・保育施設 変更届出書 (利用定員の減少)

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名 ㊟

特定教育・保育施設の利用定員に下記のとおり変更(減少)が生じたので、子ども・子育て支援法第35条第2項の規定により、次のとおり届出します。

フリガナ 施設の名称					教育・保育 施設の種類						
施設の所在地 ・ 連絡先	(〒 ー) 都道府県 市区										
	電話番号					FAX番号					
	E-mail アドレス										
利用定員を減少 しようとする年月日	年 月 日										
利用定員を 減少する理由											
現に利用している 小学校就学前子ども に対する措置											
利 用 定 員	現在					→	減少後				
	1号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	1号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	2号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	2号認定	4歳 以上児	5歳児	4歳児	3歳児	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児	3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	

備考 利用定員を減少しようとする日の3月前までに届け出てください。

特定教育・保育施設 確認辞退届出書

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名

㊞

特定教育・保育施設の確認を辞退したいので、子ども・子育て支援法第36条の規定により次のとおり届け出ます。

フリガナ 確認を辞退する施設の名称			
教育・保育施設の種別			
確認を辞退する施設の所在地・連絡先	(郵便番号 —) 都道府県 郡市区		
	電話番号		FAX番号
	E-mail アドレス		
確認を辞退する年月日	年 月 日		
確認を辞退する理由			
現に利用している小学校就学前子どもに対する措置			

備考 確認を辞退する日の3月前までに届け出てください。

特定地域型保育事業者 確認申請書

年 月 日

(宛先) 伊 勢 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・子育て支援法に規定する地域型保育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	(〒 ー) 都道府県 郡市区									
		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 ー) 都道府県 郡市区									
		電話番号					FAX番号				
事業者番号											
事業開始(予定)年月日	年 月 日										
施 設 の 種 類	種 類										添付様式
	<input type="checkbox"/> 小規模保育事業										付表1
	<input type="checkbox"/> 家庭的保育事業										付表2
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育事業										付表3
	<input type="checkbox"/> 事業所内保育事業										付表4

付表1 小規模保育事業を行う事業所の確認に係る記載事項

小規模保育事業の事業類型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型				
フリガナ 名称					
事業所の所在地 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区				
	電話番号		FAX番号		
	E-mail アドレス				
連携先の名称 ・所在地	名称				
	施設の類型	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<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・ <input type="checkbox"/> 保育所・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	連携内容	<input type="checkbox"/> 食事の提供に関する支援 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 後方支援 <input type="checkbox"/> 卒園後の受け皿としての支援 <input type="checkbox"/> 嘱託医による健康診断等に関する支援 <input type="checkbox"/> 合同保育に関する支援 <input type="checkbox"/> 行事への参加に関する支援			
	事業所番号			※連携先が特定教育・保育施設等の場合は、事業所番号を記入してください。	
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	年 月 日			
	管理者の資格の有無	有 (資格の種類:) ・ 無			
	管理者の住所 ・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 市区			
	電話番号		FAX番号		
認可年月日	年 月 日				
開所曜日	日・月・火・水・木・金・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	例) 夏季休園日○月○日~△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日				
利用定員	3号認定	1・2歳児	2歳児	1歳児	0歳児
	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)
認可定員	3号認定 人				

給食の実施状況	3号認定	提供方法							
		<input type="checkbox"/> 自園調理 <input type="checkbox"/> 連携施設又は給食搬入施設 <input type="checkbox"/> それ以外から搬入 <input type="checkbox"/> 弁当持参							
その他の事業の実施状況	延長保育			一時預かり					
	有・無			有・無					
	開所時間開始前 時 分から			(時 分～ 時 分)					
	開所時間終了後 時 分まで								
その他									
()									
利用料	実費徴収の有(内容)・無		有()・無						
	上乗せ徴収の有(内容・理由・金額)・無		有()・無						
A型・B型	職員 の 状 況	職 種	保育従事者 (保育士資格有り)		保育従事者 (保育士資格無し)		医師(嘱託医)		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人
			非常勤	人	人	人	人	人	人
		常勤換算後の人数		人		人		人	
		基準上の必要人数		人		人		人	
		平均経験年数		年		年		年	
		職 種	調理員		その他の職員		直接雇用・派遣の別		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	直接雇用(有期)	人	
		配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	うち保育従事者	人
			非常勤	人	人	人	人	直接雇用(無期)	人
		常勤換算後の人数		人		人		うち保育従事者	人
		基準上の必要人数		人		人		派遣労働者	人
		平均経験年数		年		年		うち保育従事者	人
		施設 設 備	設 備	敷地全体	園舎	乳児室	ほふく室	保育室	遊戯室
居室数/面積	m ²		m ²	室/ m ²	室/ m ²	室/ m ²	室/ m ²		
1人当たりの面積				m ² /人	m ² /人	m ² /人	m ² /人		
設 備	屋 外 遊 戯 場								
設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)								
面 積	全体の面積		m ²	満2歳以上児1人当たり面積		m ² /人			
設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備								
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備								

C型	職員の状況	職 種	家庭的保育者 (保育士資格有り)		家庭的保育者 (保育士資格無し)		家庭的保育補助者		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人
			非常勤	人	人	人	人	人	人
		常勤換算後の人数		人		人		人	
		基準上の必要人数		人		人		人	
		平均経験年数		年		年		年	
		職 種	医師(嘱託医)		調理員		その他の職員		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人
	非常勤		人	人	人	人	人	人	
	常勤換算後の人数		人		人		人		
	基準上の必要人数		人		人		人		
	平均経験年数		年		年		年		
	直接雇用・派遣の別								
直接雇用(有期)		人							
うち家庭的保育者 又は家庭的保育補助者		人							
直接雇用(無期)		人							
うち家庭的保育者 又は家庭的保育補助者		人							
派遣労働者		人							
うち家庭的保育者 又は家庭的保育補助者		人							
施設設備	設 備	敷地全体		園舎		乳幼児の保育を行う部屋			
	居室数/面積	㎡		㎡		室/㎡			
	1人当たりの面積					㎡/人			
	設 備	屋 外 遊 戯 場							
	設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)							
	面 積	全体の面積		㎡		満2歳以上児1人当たり面積			
						㎡/人			
	設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備							
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備								
添 付 書 類	申請者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写真(申請者が法人の場合)又は条例等 施設の平面図 所長の経歴書 運営規程 保育の理念など、事業所の運営方針 保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 誓約書 役員の状況(氏名、生年月日及び住所) 認定証(研修修了証書)の写真 一時預かり等の子育て支援事業に関する実施内容 収支予算書等 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置								

付表2 家庭的保育事業を行う事業所の確認に係る記載事項

フリガナ													
名 称													
実施場所・所在地・連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ()											
		(郵便番号 -)											
		都道府県					郡市区						
		電話番号					FAX番号						
E-mail アドレス													
連携先の名称・所在地	名称												
	施設の類型	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<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 ・ <input type="checkbox"/> 保育所 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()											
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 郡市区											
	連携内容	<input type="checkbox"/> 食事の提供に関する支援 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 後方支援 <input type="checkbox"/> 卒園後の受け皿としての支援					<input type="checkbox"/> 嘱託医による健康診断等に関する支援 <input type="checkbox"/> 合同保育に関する支援 <input type="checkbox"/> 行事への参加に関する支援						
	事業所番号												※連携先が特定教育・保育施設等の場合は、事業所番号を記入してください。
管理者に関する情報		フリガナ氏名						生年月日	年 月 日 (満 歳)				
		住所・連絡先	(郵便番号 -) 都道府県 郡市区										
		電話番号				FAX番号							
		資格	有 (<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭) ・ 無										
		直接雇用・派遣	直接雇用 (<input type="checkbox"/> 有期 <input type="checkbox"/> 無期) ・ <input type="checkbox"/> 派遣 ・ <input type="checkbox"/> 個人										
職員の状況	職 種		家庭的保育者 (保育士資格有り)			家庭的保育者 (保育士資格無し)			家庭的保育補助者				
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務					
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人					
		非常勤	人	人	人	人	人	人					
	常勤換算後の人数		人			人			人				
	基準上の必要人数		人			人			人				
平均経過年数		年			年			年					

職員の状況	職 種		家庭的保育支援者		直接雇用・派遣の別	
	配 置 職員数	常 勤	専 従	兼 務	直接雇用（有期）	人
			人	人		
	非常勤		人	人	直接雇用（無期）	人
	常勤換算後の人数		人			
	基準上の必要人数		人		派遣労働者	人
平均経験年数		年				
認 可 年 月 日	年 月 日					
開 所 曜 日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 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	例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日					
利 用 定 員	3号認定		1・2歳児		0歳児	
			2歳児		1歳児	
※（ ）内に保育短時間認定に係る利用定員数を記入してください。		人	人	人	人	人
		(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
認 可 定 員	3号認定		人			
給食の実 施状況	3号認定	提供方法				
		<input type="checkbox"/> 自園調理 <input type="checkbox"/> 連携施設又は給食搬入施設 <input type="checkbox"/> それ以外から搬入 <input type="checkbox"/> 弁当持参				
延 長 保 育 の 実 施 の 有 無	有 ・ 無	開所時間開始前		時	分から	
		開所時間終了後		時	分から	
施 設 設 備	設 備	乳幼児の保育を行う部屋	m ²	m ² /人		
		屋 外 遊 戯 場				
	設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地 (<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他)				
	面 積	全体の面積	m ²	満2歳以上児1人当たり面積	m ² /人	
	設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備				
設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備					
利 用 料	実費徴収の 有(内容)・無		有 ()		・ 無	
	上乗せ徴収の 有(内容・理由・金額)・無		有 ()		・ 無	
添 付 書 類	申請者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合）又は条例等 施設の平面図 家庭的保育者・補助者の認定証の写し及び経歴書 家庭的保育支援者の保育士証の写し及び経歴書 運営規程 保育の理念など、事業所の運営方針 保育の内容及びその特徴 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 延長保育事業に関する実施内容 収支予算書等 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置					

付表3 居宅訪問型保育事業を行う事業所の確認に係る記載事項

管理者に関する情報		フリガナ					生年月日	年 月 日 (満 歳)		
		氏 名								
		住 所・ 連 絡 先	(郵便番号 -)							
			都道府県	郡市区						
		電話番号					FAX番号			
資 格		有 (<input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭) ・ 無								
直接雇用・派遣		直接雇用 (<input type="checkbox"/> 有期 <input type="checkbox"/> 無期) ・ <input type="checkbox"/> 派遣 ・ <input type="checkbox"/> 個人								
連携先の名称・所在地	名称									
	施設の類型		<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<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 ・ <input type="checkbox"/> 保育所 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()							
	所在地		(郵便番号 -) 都道府県 郡市区							
	連携内容		<input type="checkbox"/> 食事の提供に関する支援 <input type="checkbox"/> 嘱託医による健康診断等に関する支援 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 合同保育に関する支援 <input type="checkbox"/> 後方支援 <input type="checkbox"/> 行事への参加に関する支援 <input type="checkbox"/> 卒園後の受け皿としての支援							
	事業所番号						※連携先が特定教育・保育施設等の場合は、事業所番号を記入してください。			
職員の状況	職 種		家庭的保育者 (保育士資格有り)		家庭的保育者 (保育士資格無し)		直接雇用・派遣の別			
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	直接雇用 (有期)		人	
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	直接雇用 (無期)		人	
		非常勤	人	人	人	人				
	常勤換算後の人数		人		人		派遣労働者		人	
基準上の必要人数		人		人						
平均経験年数		年		年						
認可年月日		年 月 日								
利用可能曜日		日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土								
利用可能時間		平日	時 分		～		時 分			
		土曜日	時 分		～		時 分			
		日曜日	時 分		～		時 分			
休 園 日		例) 夏季休園日○月○日～△月△日、○○行事の振替休日○月第△曜日								
延長保育の有無		有 ・ 無		開所時間開始前		時 分		から		
				開所時間終了後		時 分		から		

利 用 料	実費徴収の 有(内容)・無	有 () ・ 無
	上乗せ徴収の 有(内容・理由・金額)・無	有 () ・ 無
添 付 書 類	申請者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し(申請者が法人の場合)又は条例等 家庭的保育者の認定証の写し及び経歴書 家庭的保育支援者の保育士証の写し及び経歴書 運営規程 保育の理念など、事業所の運営方針 保育の内容及びその特徴 誓約書 役員の状況(氏名、生年月日及び住所) 延長保育事業に関する実施内容 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置	

付表4 事業所内保育事業を行う事業所の確認に係る記載事項

フリガナ													
名称													
事業所の所在地 ・連絡先		(郵便番号 —) 都道府県 市区											
		電話番号						FAX番号					
		E-mail アドレス											
連携先の名称 ・所在地	名称												
	施設の類型	<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<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 ・ <input type="checkbox"/> 保育所 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()											
		所在地	(郵便番号 —) 都道府県 市区										
	連携内容	<input type="checkbox"/> 食事の提供に関する支援 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 後方支援 <input type="checkbox"/> 卒園後の受け皿としての支援 <input type="checkbox"/> 嘱託医による健康診断等に関する支援 <input type="checkbox"/> 合同保育に関する支援 <input type="checkbox"/> 行事への参加に関する支援											
	事業所番号												※連携先が特定教育・保育施設等の場合は、事業所番号を記入してください。
管理者情報	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	年 月 日											
	管理者の資格の有無	有 (資格の種類：) ・ 無											
	管理者の住所 ・連絡先	(郵便番号 —) 都道府県 市区											
	電話番号						FAX番号						
認可年月日	年 月 日												
開所曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 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	例) 夏季休園日〇月〇日~△月△日、〇〇行事の振替休日〇月第△曜日												

利用定員	雇用する労働者の就学前子どもに係る利用定員	3号認定		1・2歳児		2歳児	1歳児	0歳児	
		人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	
※()内に保育短時間認定に係る利用定員数を記入してください。	地域の就学前子どもに係る利用定員	3号認定		1・2歳児		2歳児	1歳児	0歳児	
		人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	
認可定員	雇用する労働者の就学前子どもに係る利用定員	3号認定							人
	地域の就学前子どもに係る利用定員	3号認定							人
給食の実施状況	3号認定	提供方法							
		□自園調理 □連携施設又は給食搬入施設 □それ以外から搬入 □弁当持参							
その他の事業の実施状況	延長保育				一時預かり				
	有・無 開所時間開始前 時 分から 開所時間終了後 時 分まで				有・無 (時 分～ 時 分)				
	その他 ()								
地域の就学前子どもに係る利用料	実費徴収の有(内容)・無			有()・無					
	上乗せ徴収の有(内容・理由・金額)・無			有()・無					
職員 の 状 況	職 種	保育従事者 (保育士資格有り)		保育従事者 (保育士資格無し)		医師(嘱託医)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務		
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	人	人	
		非常勤	人	人	人	人	人	人	
	常勤換算後の人数		人		人		人		
	基準上の必要人数		人		人		人		
	平均経験年数		年		年		年		
	配 置 職員数	常 勤	調理員		その他の職員		直接雇用・派遣の別		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	直接雇用(有期)	人	
	配 置 職員数	常 勤	人	人	人	人	うち保育従事者	人	
		非常勤	人	人	人	人	直接雇用(無期)	人	
	常勤換算後の人数		人		人		うち保育従事者	人	
基準上の必要人数		人		人		派遣労働者	人		
平均経験年数		年		年		うち保育従事者	人		

施設設備	設 備	敷地全体	園舎	乳児室	ほふく室	保育室	遊戯室
	居室数／面積	m ²	m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²	室／ m ²
	1人当たりの面積			m ² /人	m ² /人	m ² /人	m ² /人
	設 備	屋 外 遊 戯 場					
	設置場所	<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接地 <input type="checkbox"/> 代替地（ <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 広場 <input type="checkbox"/> 寺社境内 <input type="checkbox"/> その他）					
	面 積	全体の面積		m ²	満2歳以上児1人当たり面積		m ² /人
	設 備	調 理 室 ・ 調 理 設 備					
	設置状況	<input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 調理設備					
添 付 書 類	申請者の定款、寄附行為及び登記事項証明書の写し（申請者が法人の場合）又は条例等 施設の平面図 所長の経歴書 運営規程 保育の理念など、事業所の運営方針 保育の内容及びその特徴 職員体制一覧表 誓約書 役員の状況（氏名、生年月日及び住所） 一時預かり等の子育て支援事業に関する実施内容 収支予算書等 利用手続・利用者に対する事前説明等の状況 事故発生時の対応 相談、苦情等の対応のための取組の状況 秘密保持のための措置						

特定地域型保育事業者 確認変更申請書（利用定員の増加）

年 月 日

（宛先）伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名

㊟

特定地域型保育事業者の利用定員を下記のとおり変更（増加）したいので、子ども・子育て支援法第44条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 施設の名称					地域型保育 事業者の種類					
施設の所在地 ・ 連絡先	(〒 ー) 都道府県 郡市区									
	電話番号				FAX番号					
	E-mail アドレス									
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 ー) 都道府県 郡市区									
	電話番号				FAX番号					
利 用 定 員	現在					増加後				
	3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児	3号認定	1・2 歳児	2歳児	1歳児	0歳児
利用定員を増加 しようとする理由										

添付書類

- 1 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
- 2 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

特定地域型保育事業者 変更届出書

年 月 日

（宛先）伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代 表 者 氏 名

印

特定地域型保育事業者の事業内容等に下記のとおり変更が生じたので、子ども・子育て支援法第47条第1項の規定により、関係書類を添えて届出します。

1 事業所の名称及び所在地

2 変更事項及び変更内容

変更があった事項		変更の内容	
1	事業所の名称	(変更前)	
2	事業所の所在地		
3	申請者の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
6	申請者の定款、寄附行為等及び 登記事項証明書又は条例等		(変更後)
7	事業所の平面図及び設備の概要		
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
9	運営規程		
10	地域型保育給付費及び特例地域型保育 給付費の請求に関する事項		
11	役員の氏名、生年月日及び住所		
12	連携施設の名称		
13	その他（変更事項を具体的に記入）		

3 変更事由

4 変更年月日

備考

- 1 該当する番号に○を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

特定地域型保育事業者 変更届出書（利用定員の減少）

年 月 日

（宛先）伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名 ⑩

特定地域型保育事業者の利用定員に下記のとおり変更（減少）が生じたので、子ども・子育て支援法第47条第2項の規定により、次のとおり届出します。

フリガナ 施設の名称					地域型保育 事業者の種類							
施設の所在地 ・ 連絡先	(〒 ー) 都道府県 郡市区											
	電話番号				FAX番号							
	E-mail アドレス											
利用定員を減少 しようとする年月日	年 月 日											
利用定員を 減少する理由												
現に利用している 小学校就学前子ども に対する措置												
利 用 定 員	現在					減少後						
	3号認定	1・2 歳児		2歳児	1歳児	0歳児	3号認定	1・2 歳児		2歳児	1歳児	0歳児
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

備考 利用定員を減少しようとする日の3月前までに届け出てください。

特定地域型保育事業者 確認辞退届出書

年 月 日

(宛先) 伊 勢 市 長

所 在 地

申 請 者 名 称

代表者氏名

㊞

特定地域型保育事業者の確認を辞退したいので、子ども・子育て支援法第48条の規定により次のとおり届け出ます。

フリガナ			
確認を辞退する施設 の 名 称			
地域型保育 事業者の種類			
確認を辞退 する施設 所在地 連絡先	(〒 ー) 都道府県 郡市区		
	電話番号		FAX番号
	E-mail アドレス		
確認を辞退 する年月日	年 月 日		
確認を辞退 する理由			
現に利用している 小学校就学前 子どもに対する措置			

備考 確認を辞退する日の3月前までに届け出てください。

受付番号

子ども・子育て支援法第 55 条第 1 項 (整備)又は第 4 項
(区分の変更) に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

(宛先) 伊勢市長

事業者 名 称
代表者氏名

Ⓜ

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。

事業者番号

1	届出の内容		
	(1)法第55条第1項関係 (整備)		
	(2)法第55条第4項関係 (区分の変更)		
2	フリガナ 名 称		
2	住 所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)	
業	連 絡 先	電話番号	F A X 番号
者	法 人 の 種 別		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職 名	フリガナ 氏 名
			生年月日 年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)	
3	事業所名称 及び所在地	事業所名称	認可年月日 所在地
		計 か所	
4	子ども・子育て 支援法施行規則第 43条第1項第2号 から第4号に基づ く届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ) 生年月日 年 月 日
		第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課		
区	事 業 者 番 号		
分	区分変更の理由		
変	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課		
更	区 分 変 更 日	年 月 日	

受付番号	
------	--

子ども・子育て支援法第 55 条第 3 項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

（宛先）伊勢市長

事業者 名 称
代表者氏名

Ⓜ

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。

事業者番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項	
1 法人の種別、名称(フリガナ)	2 主たる事務所の所在地、電話、FAX番号
3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日	4 代表者の住所、職名
5 事業所名称等及び所在地	
6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日	
7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要	
8 業務執行の状況の監査の方法の概要	

変 更 の 内 容
(変更前)
(変更後)

伊勢市告示第8号

地方自治法（昭和22年法律第67号）第260条の2第11項の規定により、東大淀町会から次のとおり変更の届出があったので、同条第10項の規定により告示します。

平成27年1月30日

伊勢市長 鈴木 健 一

1 代表者の氏名及び住所

変更前 森 島 茂 明

伊勢市東大淀町282番地

変更後 北 村 安 弘

伊勢市東大淀町273番地1

伊勢市告示第9号

地方自治法（昭和22年法律第67号）第260条の2第11項の規定により、上地町東組から次のとおり変更の届出があったので、同条第10項の規定により告示します。

平成27年1月30日

伊勢市長 鈴木 健 一

1 代表者の氏名及び住所

代表者の氏名	代表者の住所	就任日
佐 波 和 郎	伊勢市上地町 1419 番地	平成 26 年 1 月 1 日
佐 波 良 一	伊勢市上地町 1432 番地	平成 27 年 1 月 1 日

伊勢市公告第 3 号

農業経営基盤強化促進法（昭和 55 年法律第 65 号）第 18 条第 1 項の規定により、次のように農用地利用集積計画を定めましたので、同法第 19 条の規定により公告します。

平成 27 年 1 月 23 日

伊勢市長 鈴木 健 一

「次」は省略し、その関係書類を伊勢市産業観光部農林水産課に備え置いて縦覧に供します。

伊勢市公告第 4 号

犬の抑留について

次の犬を狂犬病予防法（昭和 25 年法律第 247 号）第 6 条第 1 項の規定により抑留した旨の通知が三重県伊勢保健所長からありましたので、同条第 8 項の規定により公告します。

平成 27 年 1 月 30 日

伊勢市長 鈴木 健 一

1 抑留した犬

番号	捕獲した場所	種類	毛色	性別	体格	年齢	その他
1	中村町	柴犬	茶	雄	中	91 日 以上	

2 抑留した日 平成 27 年 1 月 29 日

3 抑留期限 平成 27 年 2 月 5 日

4 連絡先

伊勢市環境生活部環境課（電話 0596-21-5541）

伊勢保健所 衛生指導課（電話 0596-27-5151）