

## 伊勢原市立保育所発達サポート事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、発達に遅れや心配のある児童を市立保育所に一定期間通所させ、入所児とともに集団生活を送ることで、児童の段階的な発達を支援するため、伊勢原市立保育所発達サポート事業（以下「発達サポート事業」という。）を実施することを目的とする。

### (実施保育所)

第2条 発達サポート事業を実施する市立保育所（以下「実施保育所」という。）は、次のとおりとする。

| 名 称      | 位 置           |
|----------|---------------|
| 高部屋愛育保育園 | 伊勢原市西富岡1096番地 |

### (利用対象児童)

第3条 利用対象児童は、現に発達に遅れや心配があり、発達サポート事業の利用が今後の発達に効果的であると考えられる児童で、次の各号いずれにも該当する者とする。

- (1) 伊勢原市内に在住していること。
- (2) 利用時において、保育所における2歳児クラスに通う年齢から就学前までの児童であること。
- (3) 児童発達支援を利用している児童であること。

2 前項に規定する者のほか、市長は、特に発達サポート事業を必要と認める者を利用対象児童とすることができる。

### (実施日及び時間)

第4条 発達サポート事業の実施日及び時間は、次のとおりとする。

|       |                                                  |
|-------|--------------------------------------------------|
| 実 施 日 | 火曜日・水曜日・木曜日（実施保育所の休日を除く。）<br>ただし、1人の利用は原則週1回とする。 |
| 利用時間  | 午前8時30分から午後0時30分までの4時間以内                         |

### (利用定員)

第5条 利用定員は、1日当たり4人とし、1人の利用者は、3か月まで継続して利用することができる。ただし、3か月を超えて利用を希望する場合には、再度利用申請をしなければならない。

2 前項に規定するほか、児童の身体状況又は実施保育所の状況により、定員に満たない場合であっても利用を制限する場合がある。

### (利用申請及び決定等)

第6条 発達サポート事業の利用を希望する保護者は、発達サポート事業利用申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の発達サポート事業利用申請書の提出があったときは、当該申請の内容を審査し、児童の心身の状態等を十分に聴取したうえで、関係部署及び実施保育所と調整した後、受入れの可否を決定し、発達サポート事業利用決定通知書（第2号様式）又は発達サポート事業利用申請却下通知書（第3号様式）により保護者に通知するものとする。

### (利用状況の整備)

第7条 実施保育所の園長は、受け入れた児童の状況を発達サポート事業利用状況表（第4号様式）により1月ごとにまとめ、利用状況を整備しておくものとする。

（発達サポート事業利用料の徴収）

第8条 発達サポート事業の利用料は、別表の発達サポート事業利用料金表に定めるとおりとする。

2 前項に定める利用料は、児童が利用する日ごとに、保護者が実施保育所の園長へ支払うものとする。

（委任）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、平成19年5月1日から施行する。

附 則（平成24年7月27日告示第135号）

この告示は、公表の日から施行し、改正後の伊勢原市立保育所発達サポート事業実施要綱の規定は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（令和8年9月7日告示第149号）

この告示は、公表の日から施行する。

別表（第 8 条関係）

発達サポート事業利用料金表

| 2 時間まで     | 2 時間を超えて 4 時間まで |
|------------|-----------------|
| 1, 0 0 0 円 | 2, 0 0 0 円      |

- ・ 上記料金のうち、2 時間を超えて 4 時間までの利用には給食代を含む。  
2 時間までの利用で給食を摂った場合には、別途 3 0 0 円徴収する。

発達サポート事業利用申請書

年 月 日

伊 勢 原 市 長 殿

|         |                     |               |
|---------|---------------------|---------------|
| 申 請 者   | 住所                  | 自宅電話番号<br>( ) |
|         | 氏名                  | 申請児童との続柄 ( )  |
| 申 請 児 童 | <small>フリガナ</small> | 生年月日 ( 歳)     |
|         | 氏名                  | 年 月 日         |
| 緊急連絡先   | 所在地                 | 電話 ( )        |

次のとおり発達サポート事業の利用を申請をします。

|                  |                                |                        |             |  |
|------------------|--------------------------------|------------------------|-------------|--|
| 利 用 希 望          | 期 間                            | 年 月 から ※継続利用は原則 3 か月限度 |             |  |
|                  | 曜 日                            | 曜 日                    |             |  |
|                  | 保育所                            | 高部屋愛育保育園               |             |  |
| 児 童 の<br>身 体 状 況 |                                |                        |             |  |
| 療 育 手 帳          | 有 ( ) ・ 無                      | 身体障害者手帳                | 有 ( 級 ) ・ 無 |  |
| 他施設利用            | 有 ( 施 設 名 : ) ・ 無<br>(利用日数 : ) |                        |             |  |
| 連 絡 事 項          |                                |                        |             |  |

〔市役所処理欄〕

|                                        |     |     |     |           |
|----------------------------------------|-----|-----|-----|-----------|
| 決<br>裁<br>欄                            | 課 長 | 課 員 | 担当者 | 利 用 の 決 定 |
|                                        |     |     |     |           |
|                                        | 合 議 |     |     |           |
|                                        |     |     |     |           |
| <input type="checkbox"/> 利用決定          |     |     |     |           |
| <input type="checkbox"/> 利用開始日 ( 月 日 ) |     |     |     |           |
| <input type="checkbox"/> 利用申請却下        |     |     |     |           |

発達サポート事業利用決定通知書

年 月 日

|         |                     |               |
|---------|---------------------|---------------|
| 申 請 者   | 住所                  | 自宅電話番号<br>( ) |
|         | 氏名                  | 申請児童との続柄 ( )  |
| 申 請 児 童 | <small>フリガナ</small> | 生年月日 ( 歳)     |
|         | 氏名                  | 年 月 日         |
| 緊急連絡先   | 所在地                 | 電話 ( )        |

伊勢原市長

印

申請のあった発達サポート事業の利用について、次のとおり決定したので通知します。

|         |                                           |                         |
|---------|-------------------------------------------|-------------------------|
| 利 用 決 定 | 期 間                                       | 年 月 日から ※継続利用は原則 3 か月限度 |
|         | 保育所                                       |                         |
| 利 用 料   | 伊勢原市立保育所発達サポート事業実施要綱<br>発達サポート事業利用料金表による額 |                         |
| 備 考     |                                           |                         |

第3号様式（第6条関係）

## 発達サポート事業利用申請却下通知書

年 月 日

殿

伊勢原市長

印

年 月 日付けで申請のあった発達サポート事業の利用については、  
次の理由により利用できませんので通知します。

|           |              |
|-----------|--------------|
| 申 請 児 童 名 |              |
| 生 年 月 日   | 年 月 日 生 ( 歳) |
| 理 由       |              |
| 備 考       |              |

発達サポート事業利用状況表 (      年      月分)

保育所名

[illegible]