

給付認定申請書

兼認定内容確認票

2023年10月改定版

A

記入例:認可外保育施設等 給付認定申請用

必ず、「令和6年度横浜市給付認定申請案内」を確認の上、申請してください。

■表・裏の両面を記入してください。

■申請する認定区分については「エ」に✓をしてください。

【注意】企業主導型保育事業を地域枠で利用される場合は「ウ」に✓をしてください。

記入例

申請先	横浜市	中	区長	記入日	西暦	2023	年	11	月	01	日
申請する認定区分	<input type="checkbox"/> ア 法第19条 1号認定	1号認定 (例:幼稚園【給付認定】認定認可外の教育機関)		表面①~④のみ記入してください。							
	<input type="checkbox"/> イ 法第30条の4 1号認定	1号認定									
ア~エのうち該当に✓	<input type="checkbox"/> ウ 法第19条 2号/3号認定	2号/3号認定 (例:認可保育所等、企業主導型保育事業)		保育の必要性等を確認するため両面(①~⑧)記入してください。							
	<input checked="" type="checkbox"/> エ 法第30条の4 1号認定	1号認定 (例:認可外保育施設等)									
認定開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 2024年4月1日	※企業主導型保育事業(地域枠)の場合は「ウ」に✓をしてください。		西暦			年		月		日
① 申請に係る児童	フリガナ	カナナイ サクラ		生年月日	西暦	2020	年	06	月	10	日
	氏名	関内 さくら		②保護者との関係	子		障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
② 給付認定保護者になる保護者(申請者)	フリガナ	カナナイ ハナコ		生年月日	西暦	1992	年	01	月	05	日
	氏名	関内 花子		申請児童との関係	母		障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
	現住所	〒	231-0868	横浜市 中 区 石川町△△-□□□ ○×マンション101							
	申請者の連絡先	080-1234-XXXX	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他()					
	その他の連絡先	045-123-XXXX	<input type="checkbox"/> 父携帯	<input type="checkbox"/> 母携帯	<input type="checkbox"/> 父勤務先	<input type="checkbox"/> 母勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	2023年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内	都道	市区	以前から認定を持っている方、きょうだい児が認定を持っている方は、同一の保護者をご記入ください。						
ひとりで生活している場合	<input type="checkbox"/> 市外→	府県	町村	申請者の連絡先には、給付認定保護者の連絡先を記入してください。							
生活保護受給中	<input type="checkbox"/> 外国	府県	町村	電話番号を記入する際は、-(ハイフン)をいれてください。							
③ ②の者以外の保護者	フリガナ	カナナイ イチロウ		生年月日	西暦	1987	年	08	月	14	日
	氏名	関内 一郎		申請児童との関係	父		障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
2023年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内	都道	市区	2024年1月1日の住所							
	<input type="checkbox"/> 市外→	府県	町村	<input checked="" type="checkbox"/> 市内	都道	市区	<input type="checkbox"/> 市外→				
別居先住所(児童と別居の場合)	<input type="checkbox"/> 外国	府県	町村	<input type="checkbox"/> 外国							
④ ①~③以外の同居の家族および同居人	フリガナ	カナナイ タロウ		生年月日(西暦)	2018		年	11	月	28	日
	氏名	関内 太郎		申請児童との関係	兄		障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
		施設名(保育所等を利用中の場合)		○△保育所 (利用開始月: 2021年4月)							
	フリガナ			生年月日(西暦)			年		月		日
	氏名	同居している方をすべて記入してください。(世帯分離による同一住所世帯の方も含む)		申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
		施設名(保育所等を利用中の場合)		(利用開始月: 年 月)							
	フリガナ			生年月日(西暦)			年		月		日
	氏名			申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有				
施設名(保育所等を利用中の場合)		(利用開始月: 年 月)									
フリガナ			生年月日(西暦)			年		月		日	
氏名			申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無 <input type="checkbox"/> 有					
	施設名(保育所等を利用中の場合)		(利用開始月: 年 月)								
フリガナ			生年月日(西暦)			年		月		日	
氏名			申請児童との関係			裏面も記入してください。					
	施設名(保育所等を利用中の場合)		(利用開始月: 年 月)								

※1 障害者手帳等: 身体障害者手帳、愛の手帳(療育手帳)、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金(いずれの場合も在宅の場合に限る)

⑤ 申請時点の出産予定（予定がある場合は記入の上、母子健康手帳のコピーを提出してください。）

出産予定日	西暦	年	月	日
雇用されている方 (産前産後休業がある方)	産前産後休業の予定	年	月	日から
	産前産後休業終了後の予定	年	月	日まで
	<input type="checkbox"/> 育児休業を取得する <input type="checkbox"/> 育児休業を取得せず <input type="checkbox"/> その他()	① 「保育を必要とする事由」について該当する事由に✓をしてください。 ② 該当する事由に応じて、必要な箇所に✓や記入をしてください。 ※ 記入例では、保育を必要とする事由が「就労」の場合について記入しています。		
上記以外の方 (自営業の方含む)	出産に伴う休みの予定※2	年	月	日

※2 保育所等の利用が決定した場合の予定をご記入ください。(例えば、保

横浜市使用欄
※枠内には何も書かないでください

⑥ 保育必要量の希望（申請区分が「ウ」の場合のみ記入）

保育必要量の希望	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間まで） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間まで）	記入不要 <small>保育必要量は、保育を必要とする事由・状況等を認定基準に照らし合わせて決定し、希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。 ※法第19条2号認定/3号認定以外の場合、保育必要量の認定は行いません。</small>
----------	--	---

⑦ 保育を必要とする状況（保護者が父母以外の場合は、〔 〕に氏名を記入してください。）

保育を必要とする事由 ※該当するものに✓	父〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育児休業中の利用継続（※3の場合のみ）	母〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育児休業中の利用継続（※3の場合のみ）
	就労に✓した場合 勤務(予定)先は複数記入可	勤務先①	株式会社×××× △△支店 <input checked="" type="checkbox"/> 電車 □バス □車 □自転車 □徒歩 □他() > 自宅最寄駅(石川町 駅)から勤務先(池袋 駅) 自宅最寄駅までの移動手段 <input type="checkbox"/> バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()	○○不動産 株式会社 <input checked="" type="checkbox"/> 電車 □バス □車 □自転車 □徒歩 □他() > 自宅最寄駅(石川町 駅)から勤務先(町田 駅) 自宅最寄駅までの移動手段 <input type="checkbox"/> バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()
自宅からの通勤時間 ※送迎時間は含まず		1日あたり往復 1 時間 0 0 分	1日あたり往復 0 時間 5 0 分	
勤務先②		□□株式会社 <input checked="" type="checkbox"/> 電車 □バス □車 □自転車 □徒歩 □他() > 自宅最寄駅(石川町 駅)から勤務先(横浜 駅) 自宅最寄駅までの移動手段 <input type="checkbox"/> バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()	2か所以上で働いている場合は、勤務先①+勤務先②それぞれに記入をお願いします。	
自宅からの通勤時間 ※送迎時間は含まず		1日あたり往復 0 時間 2 0 分	1日あたり往復 時間 分	
病気・けがに✓した場合	傷病名			
障害に✓した場合	手帳の種類・等級	手帳・級	手帳・級	
介護・看護に✓した場合	被介護者(被看護者)の氏名	(年 月 日生)	(年 月 日生)	
	被介護者(被看護者)の生年月日			
	被介護者(被看護者)の申請児童との関係			
	被介護者(被看護者)の住所	□同居 □別居(住所:)	□同居 □別居(住所:)	
	被介護者(被看護者)の傷病名			
通学に✓した場合	学校(機関)名			
	在学(在籍)期間	年 月 まで	年 月 まで	
	自宅からの通学時間 ※送迎時間は含まず	1日あたり往復 時間 分	1日あたり往復 時間 分	
求職中に✓した場合	求職活動の内容	<input type="checkbox"/> インターネット・求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> インターネット・求人誌等で仕事を探している <input type="checkbox"/> ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している <input type="checkbox"/> その他()	

※3 3月末に地域型保育事業等を卒園する児童が4月以降(卒園後)も育児休業中の利用継続を希望する場合、または法第30条の4「エ」の場合に選択可

⑧ 祖父母の状況（申請区分が「ウ」の場合のみ記入）

父方	祖父	氏名	生年月日	申請児童との同居・別居(別居の場合の住所)
	祖母			
母方	祖父			
	祖母			

記入不要