

支給認定申請書（2・3号用）

（兼認定内容確認票）

A

横浜市  
平成29年10月改定版

横浜市 区長

- ※ 区長が、官公署に対して、申請児童の保護者又は扶養義務者の地方税関係情報や世帯情報等について照会を求めることがあります。（子ども・子育て支援法第16条、子ども・子育て支援法施行規則第2条及び地方税法第22条による。）
※ この申請書に記入されている事項は、保育所等の利用調整でも使用します。
※ この申請書に記入されている事項の中で、教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者提供することがあります。
※ 子どものための教育・保育給付は、保護者（申請者）に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
※ 新年度4月利用開始の場合、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、締切日までに提出された支給認定申請については、翌年3月までに認定します。
※ 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意の上、次のとおり、子どものための教育・保育給付の支給認定を申請します。

申請区分 [ ] 新規申請 [ ] 転園申請 申請日 年 月 日

申請に係る児童

フリガナ 児童の氏名 性別 男・女 続柄 生年月日 年 月 日

申請者 ※既にきょうだい児の申請をしている場合は、その際に保護者として申請した方を保護者氏名欄に記入してください。

フリガナ 申請を行う保護者の氏名（自署） 生年月日 年 月 日
申請を行う保護者の住所 〒 横浜市 区
連絡先① 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ） 連絡先② 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください。 ※連絡先②も記入してください。

世帯の状況（申請児童の保護者・保護者以外の家族及び同居者） ※申請児童を除く

Table with 7 columns: フリガナ氏名, 申請児童との関係, 年齢, 生年月日, 勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称及び単身赴任先、別居先住所等, 障害者手帳等の有無. Rows for 保護者 and 保護者以外の家族及び同居者.

ひとり親の場合の理由 [ ] 離婚（年 月 日） [ ] 死別（年 月） [ ] 未婚
[ ] 別居（年 月 日（頃）から 【調停 [ ] 無 [ ] 有《証明書 [ ] 無 [ ] 有》】）
生活保護法の適用 [ ] 有（担当者 年 月 日保護開始）

【裏面にも記入してください】

## 支給認定申請書（2・3号用）補助票（兼認定内容確認票）

### 保育必要量に関する希望

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）
-----------	--

※ 保育必要量は、保育を必要とする事由・状況等を支給認定基準に照らし合わせて決定します。よって、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。

### 保育を必要とする状況等

保育が必要な期間（希望日）	<input type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日	まで
保育が必要な事由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧		
（就労等の場合） 自宅から勤務先等までの1日の往復時間 <small>※送迎時間等は含みません。</small>	父	平均約（ ）時間（ ）分/日	母	平均約（ ）時間（ ）分/日

### 申請時点での出産の予定

出産の予定	<input type="checkbox"/> 有	出産予定日（ 年 月 日） 《出産後の予定》 <input type="checkbox"/> 育児休業取得 → <input type="checkbox"/> 父（終了予定 年 月） <input type="checkbox"/> 母（終了予定 年 月） <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> 自宅で保育するため施設・事業の利用を止める <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	----------------------------	--

### 申請児童の状況について

保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 保育者名 _____ 児童との関係 _____ <input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ <input type="checkbox"/> 認可保育所・認定こども園 <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業（地域枠） <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業（従業員枠） <input type="checkbox"/> 横浜保育室 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育（週 _____ 日） <input type="checkbox"/> 年度限定型保育事業 <input type="checkbox"/> 親族（生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 続柄： _____） <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 保育者又は施設・事業名 _____ 利用開始年月 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 所在地 _____ 利用料（月額） _____ 円 <input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 自宅（職場と同じ場所） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
健康状況等	①健診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 4か月健診、 <input type="checkbox"/> 1歳半健診、 <input type="checkbox"/> 3歳健診、 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）） ②健診時の指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ③発達上の心配事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ④定期的な通院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ⑤障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 手帳 _____ 級） ⑥区の保健師・ソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ⑦療育センターへの相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ⑧アレルギー等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） ⑨食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____）

### 祖父母の状況

		氏名	生年月日	申請児童と同居・別居	住所
父方	祖父		年 月 日	同居・別居	
	祖母		年 月 日	同居・別居	
母方	祖父		年 月 日	同居・別居	
	祖母		年 月 日	同居・別居	

## 支給認定申請書（2・3号用）

記入例

A

## （兼認定内容確認票）

横浜市  
平成29年10月改定版

横浜市 中 区長

- ※ 区長が、官公署に対して、申請児童の保護者又は扶養義務者の地方税関係情報や世帯情報等について照会を求めることがあります。（子ども・子育て支援法第16条、子ども・子育て支援法施行規則第2条及び地方税法第22条による。）
- ※ この申請書に記入されている事項は、保育所等の利用調整でも使用します。
- ※ この申請書に記入されている事項の中で、教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者提供することがあります。
- ※ 子どものための教育・保育給付は、保護者（申請者）に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
- ※ 新年度4月利用開始の場合、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、締切日までに提出された支給認定申請については、翌年3月までに認定します。
- ※ 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意の上、次のとおり、子どものための教育・保育給付の支給認定を申請します。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 転園申請	申請日	平成29年10月27日
------	--	-------------------------------	-----	-------------

## 申請に係る児童

フリガナ 児童の氏名	カンナイ サクラ 関内 さくら	性別	男・ 女	続柄	子	生年月日	平成29年1月10日
---------------	--------------------	----	---------	----	---	------	------------

申請者 ※既にきょうだい児の申請をしている場合は、その際に保護者として申請した方を保護者氏名欄に記入してください。

フリガナ 申請を行う保護者の氏名（自署）	カンナイ イチロウ 関内 一郎	生年月日	昭和60年8月14日
申請を行う保護者の住所	〒231-xxxx 横浜市 中 区 石川町 △△-□□□ ○×マンション101		
連絡先①	080-1234-xxxx 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）	連絡先②	090-5678-xxxx 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください。 ※連絡先②も記入してください。

## 世帯の状況（申請児童の保護者・保護者以外の家族及び同居者） ※申請児童を除く

フリガナ 氏名	申請児童との関係	年齢	生年月日	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称 及び単身赴任先、別居先住所等	障害者 手帳等 の有無
カンナイ イチロウ 関内 一郎	父	32歳	昭和60年8月14日	××××銀行 新横浜支店	<input type="checkbox"/> 有
カンナイ ハナコ 関内 花子	母	29歳	昭和63年1月5日	〇〇不動産（株）	<input type="checkbox"/> 有
カンナイ タロウ 関内 太郎	兄	4歳	平成24年11月28日	〇△□保育園	<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死別（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居（ 年 月 日（頃）から 【調停 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有《証明書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】）
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 有（担当者 年 月 日保護開始）

【裏面にも記入してください】

## 支給認定申請書（2・3号用）補助票（兼認定内容確認票）

### 保育必要量に関する希望

保育必要量*の希望	<input checked="" 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）
-----------	---

※ 保育必要量は、保育を必要とする事由・状況等を支給認定基準に照らし合わせて決定します。よって、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。

### 保育を必要とする状況等

保育が必要な期間（希望日）	<input checked="" type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日	から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日	まで		
保育が必要な事由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧				
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧				
（就労等の場合）自宅から勤務先等までの1日の往復時間 <small>※送迎時間等は含みません。</small>	父	平均約（ 1 ）時間（ 00 ）分/日		母	平均約（ ）時間（ 50 ）分/日	

### 申請時点での出産の予定

出産の予定	□有	出産予定日（ 年 月 日） □育児休業取得 → □父（終了予定 年 月） □母（終了予定 年 月） □仕事復帰 □自宅で保育するため施設・事業の利用を止める □その他（ ）
-------	----	--

### 申請児童の状況について

保育の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で見ている ⇒ □父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 □その他 保育者名 _____ 児童との関係 _____ <input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ □認可保育所・認定こども園 □家庭的保育事業・小規模保育事業・事業所内保育事業（地域枠） <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業（従業員枠） □横浜保育室 □幼稚園 □認可外保育施設 □一時保育（週 _____ 日） <input type="checkbox"/> 年度限定型保育事業 □親族（生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 続柄： _____） □知人 □その他（ _____） 保育者又は施設・事業名 _____ 利用開始年月 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 所在地 _____ 利用料（月額） _____ 円 <input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ □店舗内 □休憩室 □自宅（職場と同じ場所） □その他（ _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
健康状況等	①健診の受診 □無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input checked="" type="checkbox"/> 4か月健診、 <input type="checkbox"/> 1歳半健診、 <input type="checkbox"/> 3歳健診、□その他（ _____）） ②健診時の指摘事項 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ③発達上の心配事 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ④定期的な通院 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ⑤障害者手帳の交付 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（ _____ 手帳 _____ 級） ⑥区の保健師・ソーシャルワーカーへの相談 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ⑦療育センターへの相談 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ⑧アレルギー等 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____） ⑨食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有（内容： _____）

### 祖父母の状況

		氏名	生年月日	申請児童と同居・別居	住所
父方	祖父	関内 五郎	昭和28年 5月 5日	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	川崎市幸区〇〇町××番地の1
	祖母	関内 恵子	昭和30年 9月 23日	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	同上
母方	祖父	戸塚 清	昭和32年 2月 19日	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	横浜市戸塚区△△町1-3-×××
	祖母	戸塚 栄子	昭和36年 10月 4日	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	同上