

# 支給認定申請書（2・3号用） 兼認定内容確認票

平成30年10月改定版

A

記入例

受理印欄

### 【申請にあたっての同意事項】

- ※ 支給認定の申請にあたっては、支給認定を必要とする年度の横浜市保育所等利用案内（2号・3号認定）を確認した上で申請してください。
- ※ 横浜市が、支給認定の審査のために、必要な情報（地方税関係情報等）を公簿等で確認する（マイナンバーを用いた情報連携を含む）ことや、他の行政機関等に必要な資料の提供を求めることがあります。
- ※ 横浜市が、支給認定の審査のために、申請児童の保護者の雇用主などの関係者に照会を行うことがあります。
- ※ 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・事業者に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、支給認定保護者に代わり、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。
- ※ 申請内容に虚偽（提出書類の偽造・改ざん等を含む）があった場合は、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。

申請先	横浜市 中 区 区長	申請日	平成30年10月29日
保育を必要とする期間	<input checked="" type="checkbox"/> 4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日	～	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日

### 申請に係る児童

フリガナ	カンナイ サクラ	性別	男	続柄	子	生年月日	平成30年1月10日
児童の氏名	関内 さくら	性別	♀	続柄		生年月日	

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	カンナイ イチロウ	生年月日	昭和60年8月14日
申請を行う保護者の氏名（自署）	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	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（ ）		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、同居の家族および同居人） ※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・保育所等の名称および単身赴任先、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	33歳	昭和60年8月14日	×××銀行 新横浜支店	<input type="checkbox"/> 有
			平成30年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外（ ）※都道府県名・市区町村名を記入	
			平成31年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外（ ）※都道府県名・市区町村名を記入	
カンナイ ハナコ 関内 花子	母	28歳	平成2年1月5日	〇〇不動産 株式会社	<input type="checkbox"/> 有
			平成30年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外（ ）※都道府県名・市区町村名を記入	
			平成31年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外（ ）※都道府県名・市区町村名を記入	
カンナイ タロウ 関内 太郎	兄	4歳	平成25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 日） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居（ 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>>】）				
生活保護の受給状況	<input type="checkbox"/> 有（担当者： 年 月 日保護開始）				

※ 障害者手帳等には、以下のものが含まれます。  
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）

— 裏面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）

記入例

**保育必要量の希望等** ※保護者が父母以外の場合は、[ ]に児童との関係を記入してください。

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）		} <b>どちらかに</b> <input checked="" type="checkbox"/>	※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"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 出産			
(就労等の場合)自宅から通勤先等までの1日の往復時間 ※送迎時間等は含まない	父 [ ]	平均約 ( <b>1</b> ) 時間 ( <b>00</b> ) 分/日	母 [ ]	平均約 (   ) 時間 ( <b>50</b> ) 分/日	
申請時点での出産予定 ※母子健康手帳のコピーを提出してください。	□有	出産予定日	年   月   日		
		出産後の予定	<input type="checkbox"/> 育児休業取得	□父(終了予定:   年   月)	<b>当てはまるもの全てに</b> <input checked="" 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・事業の利用をやめる			
		<input type="checkbox"/> その他 (   )			

## 申請児童の状況について

保育の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で見ている <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" 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 ※ ①および②をそれぞれ記入してください。 ※ 当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> してください。
	① <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・川崎認定保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育(週 _____ 回) <input type="checkbox"/> 年度限定型保育事業 <input type="checkbox"/> 親族(続柄 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 _____
	② 保育者または施設・事業名 _____ 所在地 _____ 利用開始年月 _____ 年 _____ 月 ~   利用料(月額) _____ 円
<input type="checkbox"/> その他 (   )	

**お子さんの健康状況等** ※お子さんを安全に保育するにあたって大切な情報のため、正しく記入してください。

健康状況等	① 健診の受診	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 (   ) )
	② 健診時の指摘事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	③ 発達上の心配事	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	④ 定期的な通院	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	⑤ 障害者手帳等の交付	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	⑦ 療育センターへの相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	⑧ アレルギー等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:   )
	⑨ 食事制限	<input checked="" 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	関内 五郎	昭和28年5月15日	同居・ <u>別居</u>	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・ <u>別居</u>	同上
母方	祖父	戸塚 清	昭和32年2月19日	同居・ <u>別居</u>	横浜市戸塚区△△町1-3-×××
	祖母	戸塚 栄子	昭和36年7月24日	同居・ <u>別居</u>	同上