

給付認定申請書

2026 年 9 月改定版

A

以下の項目に同意の上、子どものための教育・保育給付、
子育てのための施設等利用給付の給付認定を申請します。

【給付認定の申請にあたって】

- この申請書に記載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、認定区分及び認可の申請内容等については、関係機関等に提供させていただきます。
- その他、横浜市幼稚園・認定こども園利用案内、内（認可外保育施設等）又は横浜保育所・認定区分は「ウ」になります。

保育所等の利用を申請する場合
の認定区分は「ウ」になります。

記入例

(保育所等に申請する場合)

受理印

申請先	横浜市		中	区長	記入日	西暦	2	0	2	6	年	1	0	月	1	0	日	
申請する 認定区分 ア～エのうち 該当に✓	☐ ア	法第 19 条	1 号認定	(例：幼稚園【施設型給付園】・認定こども園の教育時間)			→ 表面①～④のみ記入してください。											
	☐ イ	法第 30 条の 4	1 号認定	(例：幼稚園【私学助成園等】の教育時間)														
	☒ ウ	法第 19 条	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（①～⑦）記入してください。											
	☐ エ	法第 30 条の 4	2 号/ 3 号認定	(例：幼稚園等の預かり保育、認可外保育施設等)														
認定開始 希望日	☒ 2027 年 4 月 1 日		→ それ以外の場合は右欄に日付を記入			西暦					年			月			日	

① 申請に 係る児童	フリガナ	カンナイ	サクラ	生年月日	西暦	2025	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				☐ 有	

フリガナ	カンナイ	ハナコ	生年月日	西暦	1	9	9	年	0	1	月	0	5	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					☐ 有							
② 給付認定 保護者にな る 保護者 (申請者)	〒	2	3	1	-	0	8	6	8	市外から転入予定の場合、申請時点でお住まいの横浜市外の住所を記載してください。							
現住所	神奈川県 横浜市 中区 石川町△△-□□□ ○×マンション101																
申請者の連絡先	0	8	0	-	1	2	3	4	-	×	×	×	×	☒ 携帯	☐ 勤務先	☐ 自宅	☐ その他 ()
その他の連絡先	0	4	5	-	1	2	3	-	×	×	×	×	☐ 父携	以前から認定を持っている方、きょうだい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。			
2026年 1月1日の住所	☒ 市内			都	道			市	区								
	☐ 市外→			府	県			町	村								
ひと 場合の	申請者の連絡先には、 <u>給付認定保護者</u> の 連絡先を記入してください。																
生活保護受給 の場合のみ記入	電話番号を記入する際は、 <u>-(ハイフン)</u> を いれてください。																

③ ②の者 以外の 保護者	フリガナ	カンナイ		イチロウ		生年月日	西暦	1	9	8	年	0	8	月	1	4	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					☐ 有			
	2026 年 1 月 1 日の住所	☒ 市内 ☐ 市外→ ☐ 外国	都 道 府 県	市 区 町 村	2027 年 1 月 1 日の住所	☒ 市内 ☐ 市外→ ☐ 外国	都 道 府 県	市 区 町 村									
	別居先住所 (児童と別居の場合)																

④ ①～③ 以外の 同居の 家族 および 同居人 ※同居の 祖父母・ 親族等 含む	フリガナ	カンナイ	タロウ	生年月日（西暦）	2	0	2	1	年	1	1	月	2	8	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					☐ 有			
	フリガナ			施設名 (保育所等を利用中の場合)	○△保育所		(利用開始月： 2023 年 4 月)								
	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)		生年月日（西暦）					年			月			日
	フリガナ			申請児童との関係			障害者手帳等 ^{※1} の有無					☐ 有			
	氏名			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					☐ 有			
	フリガナ			施設名 (保育所等を利用中の場合)	(利用開始月： 年 月)										
	氏名			生年月日（西暦）					年			月			日
	フリガナ			申請児童との関係			障害者手帳等 ^{※1} の有無					☐ 有			
	氏名			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					☐ 有			
	フリガナ			施設名 (保育所等を利用中の場合)	(利用開始月： 年 月)										
	氏名			生年月日（西暦）					年			月			日
フリガナ			申請児童との関係			障害者手帳等 ^{※1} の有無					☐ 有				
氏名			施設名 (保育所等を利用中の場合)	(利用開始月： 年 月)											

A おもて(裏面有)

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) 現在第一子の育児休業取得中 (※2)の方も記載してください。	産前産後休業の 予定	年 月 日から 年 月 日まで										
	産前産後休業 終了後の予定	☐ 育児休業を取得する※3 ☐ 父(年 月終了予定) ☐ 母(年 月終了予定)										
		☐ 育児休業を取得せず仕事復帰する										
		☐ その他()										
上記以外の方 (自営業の方含む)	出産に伴う 休みの予定※3	年 月 日から 年 月 日まで										

横浜市使用欄
※枠内には何も書かないでください

※2 ⑦で就労事由を選択した場合、利用開始日の翌月1日までに復職する必要があります。
※3 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、保育所等が決定したら休みを切り上げる場合などはその日付をご記入ください。)

⑥ 保育必要量の希望（申請区分が「就労」の場合は記入してください。）

保育必要量の希望	☒ 保育標準時間（11 時間） ☐ 保育短時間（8 時間）	翌年3月末に地域型保育事業等を卒園する児童が4月以降も育児休業中の利用継続を希望する場合に限り、選択が可能です。	認定基準に照らし合わせて決定しますので、あらかじめご了承ください。保育必要量の認定は行いません。
----------	---	--	--

⑦ 認定開始希望日時時点の保育を必要とする状況（※2と①の給付認定保護者が異なる場合でも、給付認定保護者は②に記載された方を登録します）

		給付認定保護者 (表面②に記載した保護者)		続柄 母		表面③に記載した保護者		続柄 父		
保育を必要とする事由 ※該当するものに✓		☒ 就労 ☐ 出産 ☐ 病気・けが ☐ 障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害の復旧 ☐ 求職中 ☐ 通学 ☐ その他 ☐ 育児中の利用継続（※4の場合のみ）				☒ 就労 ☐ 出産 ☐ 病気・けが ☐ 障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害の復旧 ☐ 求職中 ☐ 通学 ☐ その他 ☐ 育児中の利用継続（※4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	名称	株式会社×××× △△支店				〇〇不動産 株式会社			
		勤務先までの 主な通勤手段	☒ 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 ☐ バス ☐ 車 ☐ 自転車 ☒ 徒歩 ☐ 他()				☒ 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 ☐ バス ☐ 車 ☐ 自転車 ☒ 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				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。				
	名称	〇〇株式会社								
勤務先②	勤務先までの 主な通勤手段	☒ 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 ☐ バス ☐ 車 ☐ 自転車 ☒ 徒歩 ☐ 他()				自宅最寄駅までの移動手段 ☐ バス ☐ 車 ☐ 自転車 ☐ 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 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									
介護・看護に ✓した場合	被介護者(被看護者)の 情報	氏名								
		生年月日								
		申請児童との 関係								
		被介護者の住所	☐ 同居 ☐ 別居(住所:)							
		傷病名								
		手帳の種類・等級	手帳・ 級							
		介護保険		☐ 無 ・ ☐ 有(□要介護: □要支援:)		☐ 無 ・ ☐ 有(□要介護: □要支援:)		手帳・ 級		
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		☐ インターネット・求人誌等で仕事を探している ☐ ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している ☐ その他()				☐ インターネット・求人誌等で仕事を探している ☐ ハローワークや派遣会社に登録して仕事を探している ☐ その他()			

※4 翌年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「工」の場合に選択可