

給付認定申請書

兼認定内容確認票

2025 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8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

※枠内

申請先	横浜市		中	区長	記入日	西暦	2025	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	(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。						
	<input type="checkbox"/> イ	法第30条の4	1号認定	お住まいの区を記入してください。								
	ア～エのうち 該当に✓	<input type="checkbox"/> 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（①～⑧）記入してください。					
<input checked="" type="checkbox"/> エ	法第30条の4	「エ」に✓をしてください。 ※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。										
認定開始 希望日	<input checked="" type="checkbox"/>	2026年4月1日	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	2022	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	カンナイ		ハナコ	生年月日	西暦	1993	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 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。 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	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 ()										
	2025年 1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村										
	ひとりで 生活保 護者の 記入	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 年 月 日 (頃)										
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。												
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	カンナイ		イチロウ	生年月日	西暦	1990	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		
	2025年 1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村										
2026年 1月1日の住所												
<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 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	フリガナ	カンナイ		タロウ	生年月日 (西暦)	2020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		
	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				申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無		<input type="checkbox"/> 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				申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無		<input type="checkbox"/> 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				申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無		<input type="checkbox"/> 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				申請児童との関係			障害者手帳等※1の有無		<input type="checkbox"/> 有		
裏面も記入してください。												

※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、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) 現在第一子等の育児休業取得中 (※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)		
		□育児休業を取得せず □その他(年 月)		
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 年 月		

横浜市使用欄
※枠内には何も書かないでください

- 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。

※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

※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

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	□保育標準時間（11 時間まで） □保育短時間（8 時間まで）	記入不要
--------------	------------------------------------	------

⑦ 認定開始希望日時時点の保育を必要とする状況 ※②と⑦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)		表面③に記載した保護者		
		続柄 母		続柄 父		
保育を必要とする事由 ※該当するものに✓		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 □出産 □病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 □介護・看護 □災害の復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 □通学 □その他 <input type="checkbox"/> 育児中の利用継続（※4 の場合のみ）		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 □出産 □病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 □介護・看護 □災害の復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 □通学 □その他 <input type="checkbox"/> 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 <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 □バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()		名称 〇〇不動産 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 □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	2 時間	0 0 分	1 日あたり往復	0 時間 5 0 分
	勤務先②	名称 □□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 □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 情報	氏 名	(年 月 日生)		(年 月 日生)	
		申請児童との 関 係				
		被介護者の住所	□同居 □別居(住所:)		□同居 □別居(住所:)	
		傷 病 名				
		手帳の種類・等級	手帳・ 級		手帳・ 級	
介 護 保 険	□無 ・ □有(□要介護: □要支援:)		□無 ・ □有(□要介護: □要支援:)			
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()		

※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