

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：幼稚園(私学助成園等) 給付認定申請用

預かり保育等の利用希望や保護者の状況に応じて、申請する認定区分が異なります。
必ず、利用案内の「申請する認定区分(P. 7)」を確認の上、申請してください。
利用案内の確認の結果が、

記入例

- ◆「イ」 ⇒ 表面のみ記入してください。裏面は記入不要です。
- ◆「エ」 ⇒ 表・裏の両面を記入してください。

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	内定した園のある区を記入してください。							
	<input checked="" type="checkbox"/> イ	法第30条の4	1号認定								
ア～エのうち該当に	<input type="checkbox"/> ウ	法第19条	利用案内のp.7のフローチャートで必ずご確認の上、該当するどちらか一方に✓をしてください。								
	<input checked="" type="checkbox"/> エ	法第30条の4									
認定開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/>	2024年4月1日	それ以外の場合は右欄に日付を記入								

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	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	カンナイ 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	2024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。		

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	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 checked="" type="checkbox"/> 市内	都道	市区		

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)	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				
	フリガナ	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)								
	氏名									
	フリガナ									
	氏名									
	フリガナ									
	氏名									

申請する認定区分で「エ」を選択した方は、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、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
		年	月	日まで
	産前産後休業 終了後の予定	<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()		
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	年	

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 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

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

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。

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。）

		父〔 〕	母〔 〕
保育を必要とする事由 ※該当するものに✓		<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）	<input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他
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 <input type="checkbox"/> バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()	<input type="checkbox"/> 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 <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 分	1日あたり往復 0 時間 5 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 <input type="checkbox"/> バス □車 □自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 □他()	<input type="checkbox"/> □□ <input type="checkbox"/> 電車 □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 分	1日あたり往復 時間 分
その他 ※指示がある場合のみ記入			
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)
		生年月日	(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:)
		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()

※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「工」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）

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

記入不要