

給付認定申請書 兼認定内容確認票

2024年10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、認定区分及び認定期間を施設・事業者提供することに同意します。
- その他、横浜市保育所等利用案内、横浜市幼稚園（施設型給付園）・認定こども園利用案内、横浜市幼稚園利用案内（私学助成園等）又は横浜市給付認定申請案内（認可外保育施設等）に記載の「申請にあたっての同意事項」に同意します。

受理印

横浜市使用欄

※枠内には何も書かないでください

申請先	横浜市	区長	記入日	西暦	年	月	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	(例：幼稚園【私学助成園等】の教育時間)					
ア～エのうち該当に	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2025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	生年月日	西暦	年	月	日	②保護者との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 有
	氏名								
② 給付認定保護者になる保護者(申請者)	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 有
	氏名								
	現住所	〒 横浜市 区							
	申請者の連絡先	<input 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	<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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()							
	2024年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 外国	都道府県	市区町村	2025年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 外国	都道府県	市区町村	
	ひとり親の場合のみ記入	<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>>】)							
生活保護受給の場合のみ記入	担当者： 年 月 日保護開始								
③ ②の者以外の保護者	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 有
	氏名								
	2024年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外→ <input type="checkbox"/> 外国	都道府県	市区町村	2025年1月1日の住所	<input 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	生年月日(西暦)	年	月	日	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 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	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 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	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 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	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 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	申請児童との関係	障害者手帳等 ^{※1} の有無	<input type="checkbox"/> 有		
氏名									
	施設名(保育所等を利用中の場合)	(利用開始月： 年 月)							

※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	<input type="checkbox"/> 育児休業を取得する※3 <input type="checkbox"/> 父(年 月終了予定) <input type="checkbox"/> 母(年 月終了予定)		
		<input type="checkbox"/> 育児休業を取得せず仕事復帰する <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※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「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）	どちらかに✓	※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。 ※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 type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 育児中の利用継続（※4の場合のみ）				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 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									
		勤務先までの 主な通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他() ↳ 自宅最寄駅()駅から勤務先()駅 自宅最寄駅までの移動手段				<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他() ↳ 自宅最寄駅()駅から勤務先()駅 自宅最寄駅までの移動手段				
		自宅からの通勤時間 ※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		
	勤務先②	名称									
		勤務先までの 主な通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他() ↳ 自宅最寄駅()駅から勤務先()駅 自宅最寄駅までの移動手段				<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他() ↳ 自宅最寄駅()駅から勤務先()駅 自宅最寄駅までの移動手段				
		自宅からの通勤時間 ※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		
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)				
		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:)				□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「エ」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	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所:)
	祖母		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所:)
母 方	祖父		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所:)
	祖母		年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所:)