

# 給付認定申請書

兼認定内容確認票

2024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7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「工」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

申請先	横浜市	中	区長	記入日	西暦	2024	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	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									
ア~エのうち該当に✓	<input type="checkbox"/> ウ	法第19条	2号/3号認定	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"/> 工	法第30条の										
認定開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/>	2025年4月1日	※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。									
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	2021	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( )		
	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。				
ひとりで生活保護	<input type="checkbox"/> 市外→		府県		町村		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。					
生活保護	<input type="checkbox"/> 外国		府県		町村		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			
2024年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内		都道		市区		2025年1月1日の住所					
	<input type="checkbox"/> 市外→		府県		町村		<input checked="" type="checkbox"/> 市内					
別居先住所(児童と別居の場合)	<input type="checkbox"/> 市外→		府県		町村		<input type="checkbox"/> 市外→					
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)	2019		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			
				施設名(保育所等を利用中の場合)	○△保育所 (利用開始月: 2022年4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		<input type="checkbox"/> 有			
				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		<input type="checkbox"/> 有			
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		<input type="checkbox"/> 有				
			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		<input type="checkbox"/> 有				
			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		<input type="checkbox"/> 有				
			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※2 <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 <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

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  
※3 保育所等の利用が決定した場合の予定を記入ください。(例えば、保

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。

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）	<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">記入不要</p>
--------------	--	--

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  
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 checked="" 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"/> 育休中の利用継続（※4の場合のみ）				<input checked="" 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"/> 育休中の利用継続（※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	<input checked="" 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(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 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他( )			<input checked="" 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(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 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 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	1日あたり往復	0	時間	5
	勤務先②	名称	〇〇株式会社									
		勤務先までの 主な通勤手段	<input checked="" 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(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 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他( )			<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	
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										
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							
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

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: )