

給付認定申請書

兼認定内容確認票

2023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。

受理印

横浜市使用欄

※枠内には何も書かないでください

【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・事業者を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。

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) <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) <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) <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)	表面①～④のみ記入してください。 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。
----------	--	--

認定開始希望日	<input type="checkbox"/> 2024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 氏名	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
-----------	------------	------	----	---	---	---	----------	-------------	----------------------------

② 給付認定保護者になる保護者(申請者)	フリガナ 氏名	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	
	現住所	〒 _____ 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()								
	2023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	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		
	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) <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 氏名	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
	2023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	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	
	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 氏名	生年月日(西暦)	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	
		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 氏名	生年月日(西暦)	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	
		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 氏名	生年月日(西暦)	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	
		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 氏名	生年月日(西暦)	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	
		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、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）

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(施設型給付園)・認定こども園 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、

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

記入例

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 checked="" 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。 内定した園のある区を記入してください。							
	<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"/> エ	法第30条の									
認定開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 2024年4月1日	利用案内のp.7のフローチャートで必ずご確認の上、結果が「ア」と「エ」両方の場合は、両方に✓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	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	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。						
ひとりで生活保護を受ける場合の記入	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				
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)	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			生年月日(西暦)			年	月	日		
	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)		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			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		
	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		
	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		
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			
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			
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			
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			

※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
	産前産後休業 終了後の予定	年	月	日まで
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	月	日

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。

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"/> 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（※3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（※3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	0	分
	勤務先②	名称	〇〇株式会社			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。							
	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			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・等級			手帳・等級								
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・等級			手帳・等級								
	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	□インターネット・求人誌等で仕事を探している			□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			□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()			□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「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:)

記入不要

利用施設等届出書

幼稚園・認定こども園（教育利用）・無償化対象施設等の利用について、以下の通り届け出ます。

届出先	横浜市	区長
届出日	年	月 日

受理印

届出に係る児童

フリガナ		生年月日	年 月 日
児童の氏名			

届出者（給付認定保護者）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	横浜市	区	
届出者の連絡先	携帯・勤務先・自宅・その他（ ）		

届出内容

利用状況について あてはまるものに✓	<input type="checkbox"/> 新たに施設・事業の利用を開始する <input type="checkbox"/> 既に利用している※市外から転入する方は、横浜市に転入してからの利用開始日を記入してください。		
園名または 施設・事業名	施設住所	<input type="checkbox"/> 横浜市（ ）区 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用開始日	<input type="checkbox"/> 2024年4月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
園または 施設・事業の 種別 (複数✓可)	<input type="checkbox"/> 幼稚園等（教育時間） <input type="checkbox"/> 幼稚園等の預かり保育 <input type="checkbox"/> 届出済認可外保育施設（ベビーシッターを含む） <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 乳幼児一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育事業 <input type="checkbox"/> 横浜子育てサポートシステム（送迎のみ利用を除く） <input type="checkbox"/> 年度限定保育事業 <input type="checkbox"/> 横浜保育室（0～2歳児クラス） <input type="checkbox"/> 横浜保育室（3～5歳児クラス） <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業（地域枠） ➡ <input type="checkbox"/> 下記の注意書を必ず確認してください。 <input type="checkbox"/> 私立幼稚園2歳児受け入れ推進事業 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※利用する施設・事業の種別が分からない場合は、未記入でかまいません。		

《注意》企業主導型保育事業をご利用（予定）の方へ

給付認定申請書の認定区分「ウ」（法第19条2号認定／3号認定）に✓を付け、申請する必要があります。

認定区分を間違えると無償化の対象とならない場合がありますので、給付認定申請書の区分が正しく選択されていることを必ず確認してください。

※従業員枠で利用される方は、横浜市から認定を受ける必要はありません。詳細は、事業実施者にお問い合わせください。

マイナンバー本人確認書類貼付台紙（郵送申請用）

※窓口申請の場合は、この台紙は使用しません。

給付認定申請書 **A** の「申請者」欄に記載された保護者の本人確認書類（番号確認と身元確認）をコピーの上、貼付してください。

※ 詳細は利用案内をご確認ください。

1 番号確認書類

マイナンバーが分かる面のコピーを右側の **1** へ貼付してください。

※ただし住民票の写しについては、原本を貼付してください。

いずれか 1 点	
<ul style="list-style-type: none"> マイナンバーカード（裏面） 通知カード ※ マイナンバーが記載された住民票の写し（または住民票記載事項証明書） 	} マイナンバーが分かる面のコピー

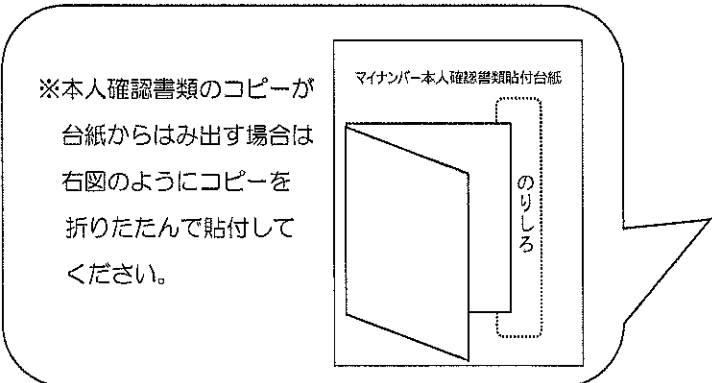
※通知カードの記載事項（住所、氏名等）が住民票と一致していない場合は番号確認書類として利用できません。

2 身元確認書類

①顔写真②氏名③生年月日または住所が分かる面のコピーを右側の **2** へ貼付してください。

1 点で可能なもの（顔写真付の公的証明書）	
<ul style="list-style-type: none"> マイナンバーカード（表面） パスポート 精神障害者保健福祉手帳 在留カード 	<ul style="list-style-type: none"> 運転免許証 身体障害者手帳 愛の手帳（療育手帳） 等
2 点必要なもの A 2 点 または A 1 点と B 1 点	
A 顔写真なしの公的証明書 <「氏名」と「生年月日または住所」の記載があるもの>	B 顔写真付の証明書 <顔写真の掲載があるもの>
<ul style="list-style-type: none"> 保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 等	<ul style="list-style-type: none"> 学生証 法人が発行した証明書 公的機関発行の資格証明書

1 番号確認書類	2 身元確認書類 1 点目	2 身元確認書類 2 点目
のりしろ	のりしろ	のりしろ





住所 _____

書類の送付先住所をご記入ください。

申請を行う
保護者氏名 _____ 様

児童氏名 _____ 様

利用
施設・事業名 _____ (_____ 区)

市使用欄

宛先ご記入のお願い

この用紙は、提出書類に不足・不備があった場合にご連絡を差し上げる際の宛名として利用します。認定申請書類の内容に不足・不備があった場合、連絡票を送付しますので必要事項を再度ご記入・訂正のうえご提出ください。

※この用紙は切り取らずにこのままご提出ください。

提出用

令和6年度 給付認定申請・利用届出用 提出書類確認票

児童氏名 生年月日	(年 月 日)	市使用欄
--------------	-----------	------

<提出にあたってのお願い>

- ☆ 同封した書類のチェック欄に✓した上で、申請書類と一緒に提出してください。
- ☆ 提出書類に不足・不備がある場合は、区役所等から連絡する場合があります。
- ☆ 書類を後日提出される場合は、以下の区の区役所子ども家庭支援課へ提出してください。
 - ・市内の幼稚園・認定こども園を利用(予定)の方 : 園のある区の区役所子ども家庭支援課
 - ・認可外保育施設等、市外の幼稚園等を利用(予定)の方 : お住まいの区の区役所子ども家庭支援課

<提出にあたっての確認事項>

申請者は横浜市民ですか。(市外の方はお住まいの市区町村で申請してください。)	<input checked="" type="checkbox"/>
利用案内の内容を確認しましたか。(申請にあたり重要な内容を説明しています。)	<input checked="" type="checkbox"/>
ご提出いただいた書類は返却しませんので、必要な方は控えをとりましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>

		提出チェック	市使用欄
全員提出(必須)	A 給付認定申請書兼認定内容確認票	<input checked="" type="checkbox"/>	
	C 利用施設等届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	
	D マイナンバー記入用紙	<input checked="" type="checkbox"/>	
	本人確認書類 申請者の番号確認書類(書類名:)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	申請者の身元確認書類(書類名:)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	宛先ご記入のお願い	<input checked="" type="checkbox"/>	
提出書類確認票(この用紙)		<input checked="" type="checkbox"/>	

申請する認定区分が【ウ】【エ】の場合のみ提出		父 父母以外が 保護者の場合	母 父母以外が 保護者の場合	市使用欄	
保育を必要とすることを証明する書類	就労 就労証明書 <small>就労先が複数ある場合は、それぞれの就労先事業者による証明が必要です。</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	出産 母子健康手帳(コピー) <small>【表紙、出産(分娩)予定日の載っているページ】 ※横浜市の母子手帳はP.4に分娩(出産)予定日欄があります。</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	病気が 診断書等【医療機関が証明する保育が困難な状況、傷病名が記載されたもの】	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	障害 なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	介護 看護	病人の診断書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		介護を受けている方の障害者手帳等又は介護保険被保険者証(コピー)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		付添を行っている子どもの通園・通学証明書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	通学	介護や付添の状況が分かるタイムスケジュール	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		通っている教育機関の在学証明書 在学期間・時間割の分かる資料 【時間割の分かる資料が提出できない場合はタイムスケジュール】	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	上記書類以外を提出するとき	書類名	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
書類名		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
その他の書類	書類名	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		