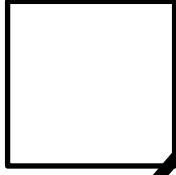
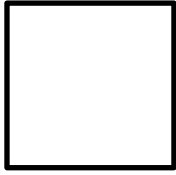


# 現況届出書の記入の注意点について

## 1. チェックのつけ方

| 正                                                                                 | 誤                                                                                  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |

チェックは必ず、枠内に記入してください。

チェックが枠の外に記入されていると  
正しく処理が行われない可能性があります。

## 2. 訂正の方法について

書き間違いをして、訂正をする必要がある場合には、  
修正したい文字を二重線で消し、近くに訂正後の内容を記入してください。  
※訂正印は不要です。また、修正液や消せるペンは使用しないでください。

## 3. 太枠内の記入漏れについて

裏面で各項目の記入方法を掲載しています。必ず確認してから現況届出書の記入を始めてください。記入漏れや記入誤りがあった場合には、正しい処理が出来ない可能性があります。

## 4. 連絡先の記入について

裏面③の連絡先で、「給付認定保護者の連絡先」と書かれている欄には、  
現況届出書上部に給付認定保護者として印字されている方の連絡先をご記入ください。その他の連絡先には給付認定保護者や配偶者の方へ連絡の取りやすい連絡先をご記入ください。

# 現況届出書記入要領

※太枠内はすべてご記入ください。

## 2025年度 現況届出書

中区 長 記入日時点での状況を届け出ます。

① 5 月 10 日記入

|                     |                                                                     |            |                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------|
| 児童名                 | 関内 ひかる                                                              | 生年月日       | 令和6年6月2日                                      |
| 園名                  | みなと保育園                                                              | クラス年齢      | 0歳児                                           |
| 給付認定<br>保護者         | 関内 花子                                                               |            |                                               |
| 現在の登録住所             | 神奈川県横浜市中区港町0-0                                                      |            |                                               |
| 登録住所を<br>変更する       | <input type="checkbox"/> 住所変更する場合は、左の□をチェックしたうえで、こちらに新しい住所をご記入ください。 |            |                                               |
| 給付認定<br>保護者の<br>連絡先 | 090 - 1111 - ****                                                   | 連絡先の<br>種類 | 1 1:携帯 2:勤務先 3:自宅 4:その他 ( )                   |
| その他の<br>連絡先         | 045 - 111 - ****                                                    | 連絡先の<br>種類 | 3 1:父携帯 2:母携帯 3:父勤務先 4:母勤務先<br>5:自宅 6:その他 ( ) |

|             |          |   |                                                          |                         |        |
|-------------|----------|---|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------|
| ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | 保育必要量の希望 | 1 | あてはまる番号を□に書いてください。<br>1:保育標準時間(11時間まで)<br>2:保育短時間(8時間まで) | 現在の<br>保育必要量<br>(19条認定) | 保育標準時間 |
|-------------|----------|---|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------|

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦                     | 保護者の状況                                                                                                                                                                                                                                                | ※必要に応じて証明書類が必要です。                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 氏名                              | 父 ( )                                                                                                                                                                                                                                                 | 母 ( )                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 氏名                              | 関内                                                                                                                                                                                                                                                    | 太郎                                                                          | 関内                                                                                                                                                                                                                                                                                | 花子 |  |
| 生年月日                            | 西暦 1989 年 5 月 5 日                                                                                                                                                                                                                                     | 西暦 1989 年 11 月 11 日                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 保育を必要とする<br>事由に✓                | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中<br><input type="checkbox"/> 育児中の利用継続 <input type="checkbox"/> ( ) |                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中<br><input type="checkbox"/> 育児中の利用継続 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 出産 |    |  |
| 就労・通学のとき<br>通勤(通学)時間            | 1日あたり往復 2 時間 0 分                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             | 1日あたり往復 0 時間 30 分                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |
| 出産予定が<br>ある場合                   | 右の欄に出産予定日を記入するとともに、<br>母子健康手帳のコピーを提出してください。                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 2023年1月1日<br>時点の住所<br>(横浜市内の場合) | <input type="checkbox"/> 市外→ 都 道 市 区<br><input type="checkbox"/> 外国 府 県 町 村                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 市外→ 都 道 市 区<br><input type="checkbox"/> 外国 府 県 町 村 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 現在児童と同居<br>していないとき<br>(該当の場合✓)  | <input type="checkbox"/> 国内→ 都 道 市 区<br><input type="checkbox"/> 外国 府 県 町 村                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 国内→ 都 道 市 区<br><input type="checkbox"/> 外国 府 県 町 村 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| ひとり親の<br>場合の理由<br>(該当の場合✓)      | <input type="checkbox"/> 離婚(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 死別(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚<br><input type="checkbox"/> 離婚前提別居(西暦 年 月 日(頃)から【調停 □無 □有】)                                                                                       |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 生活保護の受給<br>(該当の場合✓)             | <input type="checkbox"/> 有(担当者 西暦 年 月 日保護開始)                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 里親世帯<br>(該当の場合✓)                | <input type="checkbox"/> 里親である (委託開始日 西暦 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 里子と養子縁組をした(養子となった日 西暦 年 月 日)                                                                                                                                              |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |
| 障害者手帳等の<br>有無                   | 同居の家族が障害者手帳等をお持ちの場合は、右の欄にその方の氏名を記入してください。                                                                                                                                                                                                             |                                                                             | 関内 みらい                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |  |

|                                 |     |            |                   |               |
|---------------------------------|-----|------------|-------------------|---------------|
| 同居の家族(児童本人・保護者を除く全員分を記入してください。) |     |            |                   |               |
| 氏名                              | 氏名  | 児童との<br>関係 | 生年月日              | 勤務先・通学先・通園先など |
| 関内                              | みらい | 姉          | 西暦 2015 年 8 月 8 日 | 関内小学校         |
|                                 |     |            | 西暦 年 月 日          |               |
|                                 |     |            | 西暦 年 月 日          |               |
|                                 |     |            | 西暦 年 月 日          |               |
|                                 |     |            | 西暦 年 月 日          |               |

訂正の際は、二重線で消し、近くに  
訂正後の内容を記入してください。  
※訂正印は不要です。また、修正液や  
消せるペンを使用しないでください。

|         |  |       |
|---------|--|-------|
| 提出ください。 |  | 認定証番号 |
|---------|--|-------|

- ① 記入日
- ② 住所変更の有無等

印字されている「現在の登録住所」と居住地が異なる場合、□に✓した上で、  
新しい住所をご記入ください。

- ③ 連絡先

表面の「4. 連絡先の記入について」を確認してからご記入ください。

- ④ 保育必要量の希望

※提出時点で幼稚園、認可外施設に在園している方は記入不要です。空欄のまま、ご提出ください。  
(記入されても確認対象としません。)

給付認定では、認可保育所等を利用することが可能な最大限の枠として、「1:保育  
標準時間(最大11時間)」又は「2:保育短時間(最大8時間)」どちらかで保育  
必要量の認定を行います。現況届出書に印字されている「現在の保育必要量」をご  
確認いただいた上で、希望する保育必要量の番号を□に書いてください。

※保育必要量の希望の記入がない場合、保育短時間となる場合があります。

- ⑤ 保護者の状況

父母等、保護者全員の状況をご記入ください。

※単身赴任等により別居されている場合もご記入ください。

ただし、離婚前提別居の場合は、別居の方の分の記入は不要です。

- (1) 保育を必要とする事由

父母等それぞれ、保育を必要とする事由に✓してください。

- (2) 通勤(通学)時間

1日あたりの往復の通勤(通学)時間をご記入ください。

- (3) 2025年1月1日時点の住所／現在児童と同居していないとき

- ・横浜市外の場合「□市外」に✓し、都道府県・市区町村名をご記入ください。
- ・国外の場合「□外国」に✓してください。(都道府県名以下の記入は不要です。)

- (4) 障害者手帳等の有無

該当する方の氏名をご記入ください。

- ・身体障害者手帳、療育手帳(愛の手帳)、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方がいる世帯(在宅(同居)の場合に限る)
- ・特別児童扶養手当の支給対象児童、国民年金の障害基礎年金等の受給者がいる世帯(在宅(同居)の場合に限る)

- ⑥ 出産予定がある場合

記入日時点で出産予定がある場合にご記入ください。

- ⑦ 同居の家族の状況

同居している家族(本人及び保護者を除く、きょうだい、祖父母等)の氏名、  
児童との関係、生年月日、勤務先等を全員分ご記入ください。

書類の書き方等、現況確認に関するご質問は、専用ダイヤルへ

Tel 045 - 664 - 2607

開設時間: 午前8時~午後8時 (土日祝日を含む)