

保育所等現況調査書

(兼 保育児童台帳)

令和8年6月10日

記入例

天童市福祉事務所長 様
保護者

現住所 〒994-8510 (アパート名まで記入してください。)
天童市老野森一丁目1番1号

保護者の個人番号

(令和8年1月1日現在住所。現住所と同じ場合は、「同上」と記入。)

同上

氏名 天童太郎

電話番号 父(090)1234-5678 母(080)1234-5678

保育料(副食費)の決定のため必要があるときは、私及び私の世帯員に係る市民税の申告書その他の課税状況を確認できる書類を閲覧することに同意します。

また、児童への適切な保育のために必要があるときは、市の担当者が関係機関の保有する発達等に関する情報を閲覧し、保育所等と共有することに同意します。

児童の氏名等	氏名(ふりがな)	生年月日	性別	備考
	(てんどうじろう) 天童次郎	H・R 2年4月3日 R9・4・1の年齢 6歳	男・女	
入所施設	現在の入所施設 (施設名: ○○○保育園)			
	入所している保育施設を卒園する予定です。			
保育の利用を希望する期間(就学前まで希望する場合は、「1」を○で囲んでください。)	R 8.4.1 から 1 当該児童の就学前まで 2 令和 年 月 日まで			
保育の利用を必要とする理由	具体的理由: 両親が就労しており、日中子どもの保育をすることができないため。			

●入所児童の家庭の状況 (別居している祖父母は裏面に記載)

区分	氏名 (入所児童を除く。)	入所児童との続柄	生年月日	勤務先等名称 及び電話番号	令和8年分所得の申告予定等 該当する項目を○で囲んでください。
入所児童の世帯員	天童太郎	父	昭和 平成 60.10.10	勤務先等の名称 (株)◆◆製作所	1 給与(源泉)のみ 2 確定申告 3 市民税申告 4 扶養等
	天童花子	母	昭和 平成 61.11.11	勤務先等の名称 自営(理容業)	1 給与(源泉)のみ 2 確定申告 3 市民税申告 4 扶養等
	天童三郎	弟	昭・平・令 5.12.1	○○○保育所	入所児童について今まで健診で指導を受けた事や発育等で心配なことがありますか
	天童太一郎	祖父	昭・平・令 29.12.12	無職	1 なし 2 あり (内容)
	天童花江	祖母	昭・平・令 30.1.1	▲▲建設(株) (パート)	※身体・療育手帳の有無 1 なし 2 あり (手帳 級)
			昭・平・令 . . .		生活保護の適用の有無 1 無 2 有(. . . 開始)
			昭・平・令 . . .		

(裏面) 保育所等現況調査票

区分		父	母
1 保護者の状況	就労の状況	職 種 常勤 ・パート・アルバイト・契約社員・派遣社員・臨時・その他 ()	常勤・パート・アルバイト・契約社員・派遣社員・臨時・その他 ()
	勤務先	(株)◆◆製作所 就労予定 (. .)	就労予定 (. .)
	自営・農業	店 名 業務内容	店 名 業務内容
	内 職	仕事先 業務内容	仕事先 △△理容室 業務内容 理容業全般
	上記の就労形態	勤務時間 8時間 8:30 ~ 17:30 平均就労日数 (月・週) 5日	勤務時間 8時間 9:00 ~ 17:00 平均就労日数 (月・週) 6日
	出産(予定)年月日		出産(予定)年月日 (R 8.8.31) 医療機関名 (天童〇〇病院)
	疾病・負傷障害の程度	病名、障害名・級等 なし	病名、障害名・級等 なし
	病人等介護の場合	なし	なし
	父母不在の理由	死別 離別年月日 (R 2. 2. 2) 、未婚、別居中・調停中 ()	
	2 同居している祖父母の状況	祖父 (72) 歳・身障手帳：無・ 有 (4 級) 現在の状況 (○を付ける。) 就業・ 不就業 入院・通院・その他 () 勤務先又は医療機関名 就労等日数：(月・週) 日	
祖母 (72) 歳・身障手帳： 無 ・有 (級) 現在の状況 (○を付ける。) 就業・不就業・入院・通院・その他 () 勤務先又は医療機関名 健康建設(株) 就労等日数：(月・週) 4 日			
3 別居している祖父母の状況	父方住所 同居	母方住所 山形市山形123	
	祖父母氏名(年齢)	祖父母氏名(年齢) 山形四郎(57) 五子(55)	
	祖父勤務先	祖父勤務先 山形A社	
	祖母勤務先	祖母勤務先 無職	
4 他家族	申込児童を除く児童の状況	児童数 1 人 (内訳： 2 歳・歳・歳・歳) 内訳：現在 学校・保育所等名 (〇〇〇保育所) 自宅保育 人	
	同居障害者	無 ・有 (氏名及び続柄：)	
5 申込児童の状況	現在の健康状態	良 不良(風邪・腹痛・頭痛・高熱・ひきつけ・その他 ()) 4か月・9か月・1歳6か月・3歳児等の健診結果 異常なし ・異常あり () アレルギー 無・ 有(アトピー性皮膚炎) 通院中の医療機関名 (〇〇皮膚科) ・かかりつけ医療機関名 (天童小児科医院) 障害等の有無： 無 ・有 (級、障害名等)	
	言葉・歩行	言語異状： 無 ・有 ()、歩行異状： 無 ・有 ()	
	送迎者	母(朝夕) ・父(朝夕)・祖父(朝夕)・祖母(朝夕)・その他	
	送迎方法	自家用車 ・徒歩・自転車・その他 ()	
6 保育所の希望利用時間等	希望利用曜日 月曜日～金曜日 まで 希望利用時間 8:30 ~17:30 まで (保育時間 9時間)		