

保育所等継続入所申込書 (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

(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。)

保護者の個人番号 (記入不要)

同上

氏名 天童太郎

電話番号 父 (090) 1234-5678 母 (080) 1234-5678

次のとおり、継続して保育所等への入所を申し込みます。

なお、保育料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。

令和8年度2歳児で、令和9年度に連携施設への入所を希望される方は、1を選択し、施設名に希望施設を記入してください。

継続入所児童の氏名等	氏名 (ふりがな) (てんどうじろう) 天童次郎	生年月日 R6年4月3日 R9.4.1の年齢 2歳	性別 男
	継続入所を希望する保育所名等 ① 継続入所を希望します。(施設名: ○○○保育園) ② 現在の保育園を退園して、他の施設へ入所を希望します。(施設名: □□□保育園) (希望理由: 令和9年3月に転居予定のため。) ③ 希望しません。(理由: 令和9年3月に東京都へ転出予定のため。)		
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。)	継続入所日から 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 (継続児童を除く。)	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 株式会社製作所	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	兄	昭・平・令 3. 12. 1	○○○保育所	継続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 ① なし 2 あり
	天童太郎	祖父	昭・平・令 29. 12. 12	無職	(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	

(裏面) 保育所等継続入所調査票

区分		父	母
1 保護者の状況	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 △△理容室 業務内容 理容業全般
	内 職	仕事先 業務内容	仕事先 業務内容
	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 (R8. 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 祖父母氏名(年齢)	母方住所 山形市山形 123 祖父母氏名(年齢) 山形四郎(57) 五子(55)	
	祖父勤務先 祖母勤務先	祖父勤務先 山形A社 正社員 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: 4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)		