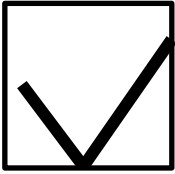
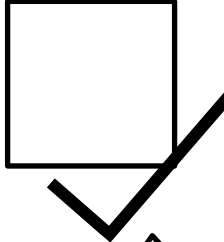
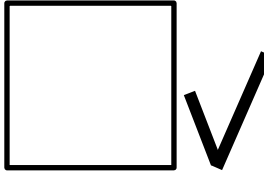


# 現況届出書の記入の注意点について

## 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、  
『現況届に関するお知らせ』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。

- ① 記入日
- ② 児童名・園名・給付認定保護者名・生年月日・クラス年齢・住所  
忘れずにご記入ください。

- 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。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) 2026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、ご利用中の園がある区※の区役所こども家庭支援課にご連絡ください  
(※市外施設、認可外保育施設の場合は、お住まいの区)  
受付時間：午前8時45分～午後5時（平日のみ）

## 2026年度 現況届出書

区長 記入日時点での状況を届け出ます。

①

年 月 日記入

②

|         |  |  |  |       |          |
|---------|--|--|--|-------|----------|
| 児童名     |  |  |  | 生年月日  | 令和 年 月 日 |
| 園名      |  |  |  | クラス年齢 | 歳児       |
| 給付認定保護者 |  |  |  |       |          |
| 住所      |  |  |  |       |          |

③

|             |   |   |        |   |
|-------------|---|---|--------|---|
| 給付認定保護者の連絡先 | — | — | 連絡先の種類 | 1：携帯 2：勤務先 3：自宅 4：その他（ ）                |
| その他の連絡先     | — | — | 連絡先の種類 | 1：父携帯 2：母携帯 3：父勤務先 4：母勤務先 5：自宅 6：その他（ ） |

④

保育必要量の希望 □  
※記入要領をご確認ください

あてはまる番号を□に書いてください。  
1：保育標準時間（11時間まで）  
2：保育短時間（8時間まで）

保護者の状況 ※必要に応じて証明書類が必要です。

⑤

|                         |  |   |  |   |
|-------------------------|--|---|--|---|
| 氏名                      | 父（ ）   |   | 母（ ）   |   |
| 生年月日                    | 西暦 年 月 日   | 西暦 年 月 日  | 西暦 年 月 日   | 西暦 年 月 日  |
| 保育を必要とする事由に✓            | <input 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"/> 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・通学するとき通勤（通学）時間       | 1日あたり往復 時間 分   | 1日あたり往復 時間 分  | 1日あたり往復 時間 分   | 1日あたり往復 時間 分  |
| 出産予定がある場合               | 右の欄に出産予定日を記入するとともに、母子健康手帳のコピーを提出してください。  |   | 西暦 年 月 日   | 西暦 年 月 日  |
| 2026年1月1日時点の住所（横浜市外の場合） | <input type="checkbox"/> 市外→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村  | <input type="checkbox"/> 市外→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村 | <input type="checkbox"/> 市外→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村  | <input type="checkbox"/> 市外→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村 |
| 現在児童と同居していないとき（該当の場合）   | <input type="checkbox"/> 国内→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村  | <input type="checkbox"/> 国内→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村 | <input type="checkbox"/> 国内→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村  | <input type="checkbox"/> 国内→ 都道府県 市区<br><input type="checkbox"/> 外国 都道府県 市区町村 |
| ひとり親の場合の理由（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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】）                            |   |  |   |
| 生活保護の受給（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（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（実子となった日 西暦 年 月 日）  |   |  |   |
| 障害者手帳等の有無               | 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。  |   |  |   |

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。）

⑦

| 氏名 | 児童との関係 | 生年月日     | 勤務先・通学先・通園先など |
|----|--------|----------|---------------|
|    |        | 西暦 年 月 日 |               |
|    |        | 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。

ご提出ください。