

家庭状況申立書

フリカナ

保育所名

保護者氏名

印

※保育料階層認定のため必要がある場合、世帯の税額について調査することに同意します。

| | | | |
|------------|--|---------|--|
| フリカナ | | 児童の健康状態 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり() 障害手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 入所(予定)児童氏名 | | | |
| フリカナ | | 児童の健康状態 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり() 障害手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 入所(予定)児童氏名 | | | |
| フリカナ | | 児童の健康状態 | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり() 障害手帳の交付 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 入所(予定)児童氏名 | | | |

| 就労状況 | ① 父親の状況 | | ② 母親の状況 | |
|------|--|--|--|--|
| | 勤務先名 | | 勤務先名 | |
| | 所在地 | | 所在地 | |
| | 電話 | | 電話 | |
| | 雇用形態 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他() | 雇用形態 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他() |
| | 就労時間 | 時 分から 時 分まで | 就労時間 | 時 分から 時 分まで |
| | 勤務日数等 | 1日就労約 時間/週 日/月平均 日 | 勤務日数等 | 1日就労約 時間/週 日/月平均 日 |
| 月収 | 約 万円 | 月収 | 約 万円 | |
| 就労予定 | <input type="checkbox"/> 就労先内定 <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 就労先未定 | | <input type="checkbox"/> 就労先内定 <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 就労先未定 | |
| | 内容 | | 内容 | |
| 出産 | | 出産 | 出産予定日 年 月 | |
| 疾病 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 通院(月 回) 期間 年 月 日から 年 月 日まで | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 通院(月 回) 期間 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 看護 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 | | |
| 障害 | <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (手帳番号) | <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 (手帳番号) | | |
| 不存在 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居() | | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居() | |
| | <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 日から | | <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 日から | |

| | | |
|-----|--------------------------------|--|
| その他 | 祖父母の状況 | <input type="checkbox"/> 同居(□祖父・□祖母) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 母子家庭の児童扶養手当の受給状況 ※母子家庭のみ記入 | <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給している方→(受給者番号) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給していない方 …理由□申請しない □正式に離婚していない□所得制限による <input type="checkbox"/> 現在申請中(年 月申請) □その他() ※児童扶養手当認定者は受給者証の写しを添付してください。 |
| | 同居親族の障害手帳交付状況 (入所児童、父母以外の方) | <input type="checkbox"/> 交付無し <input type="checkbox"/> 交付有り(氏名) <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(手帳番号) ※世帯員の中で障害手帳を交付されている場合は手帳の写しを添付してください。 |
| | 里親委託の場合 | 入所(予定)児童名 内容 |

| | |
|--------|--|
| 希望保育時間 | 希望する保育時間を記入してください |
| | 平日 時 分から 時 分まで 土曜日(□不要・□必要) 時 分から 時 分まで |