

家庭状況申立書兼調査票

児童名	大宮 一郎 (2名以上のときは連名で記入してください。)		保護者名	大宮 太郎				
	父親の状況			母親の状況				
就労・求職活動	○家庭外・家庭内就労 勤務先名【 <input checked="" type="checkbox"/> ×商事 大宮支店 】 所在地【 常陸大宮市○町○番地 】・家庭内 TEL【 0295-11-1111 】 就労形態 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤・日雇・パート・内職・手伝 就労日数 (月) 22日(週) 5日 就労時間 午前 8時から午後 5時まで 就労開始日 平成18年 4月 1日から ○農業 田【 a】・畑【 a】・その他【 a】 作物【 】 出荷先【 】 ○求職中・就職予定【予定日 年 月 日】			○家庭外・家庭内就労 勤務先名【 日本○×ホールディング 】 所在地【 常陸太田市○町○番地 】・家庭内 TEL【 029-222-2222 】 就労形態 常勤・日雇・ <input checked="" type="checkbox"/> パート・内職・手伝 就労日数 (月) 16日(週) 4日 就労時間 午前 10時から午後 3時まで 就労開始日 平成20年 4月 1日から ○農業 田【 a】・畑【 a】・その他【 a】 作物【 】 出荷先【 】 ○求職中・就職予定【予定日 年 月 日】				
	疾病	○障害・入院等 ※診断書・障害者手帳の写し等添付 病名【 】・障害【 種 級】 病院・通所施設名【 】			○障害・入院等 ※診断書・障害者手帳の写し等添付 病名【 】・障害【 種 級】 病院・通所施設名【 】			
		介護	○介護等 ※診断書・介護保険認定証等添付 被介護者名【 】・続柄【 】 被介護者住所【 】 病名【 】・障害【 種 級】 病院・通所施設名【 】 介護の状態【 】			○介護等 ※診断書・介護保険認定証等添付 被介護者名【 】・続柄【 】 被介護者住所【 】 病名【 】・障害【 種 級】 病院・通所施設名【 】 介護の状態【 】		
	出産		/			○出産 ※親子健康手帳の写し添付 予定日【 年 月 日】		
			その他	○その他			○その他	
	非同居	離婚・未婚・別居【住所 年 月 日から】			離婚・未婚・別居【住所 年 月 日から】			
		死亡・拘禁・行方不明・その他【 年 月 日から】			死亡・拘禁・行方不明・その他【 年 月 日から】			
	児童の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> ① 自宅で父親・ <input checked="" type="checkbox"/> 母親が保育している 育休中の場合 年 月 日まで【育休取得者： 父 ・ 母 】 産休中の場合 年 月 日まで						
		② 祖父母【父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母】が保育している【 同居 ・ 別居 】						
		③ 他人に預けている【保育場所：自宅・自宅以外】						
④ 保育園・幼稚園・その他保育施設等に入所中【施設名： 】								
保育時間	○保育園に預ける時間を記入してください。 平日 9時00分～16時00分 土曜【要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要】 時 分～ 時 分 日曜【要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要】 時 分～ 時 分							
	送迎者	父 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 母 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 父方祖父 ・ 父方祖母 ・ 母方祖父 ・ 母方祖母 ・ その他【 】						
送迎方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車 ・ 園児バス ・ 徒歩 ・ その他【 】							

祖父・祖母の状況	父方祖父	住所 常陸大宮市中富町 3135-6	電話 0295-52-1111
		氏名 大宮 まる男	生年月日 昭和30年 4月 4日 62歳
		自営・外勤【週 4日勤務・勤務時間 9時00分～16時00分・勤務先 ○△株式会社】・無職	
		健康・疾病有【病名：	入院・通院 月 回】
	父方祖母	住所 常陸大宮市中富町 3135-6	電話 0295-52-1111
		氏名 大宮 ひた子	生年月日 昭和35年 5月 5日 57歳
		自営・外勤【週 5日勤務・勤務時間 8時30分～17時15分・勤務先 ○○市役所】・無職	
		健康・疾病有【病名：	入院・通院 月 回】
	母方祖父	住所 水戸市三の丸 1-5-48	電話 029-224-****
		氏名 水戸 ひた男	生年月日 昭和29年 6月 6日 63歳
		自営・外勤【週 6日勤務・勤務時間 8時00分～17時00分・勤務先 □◇株式会社】・無職	
		健康・疾病有【病名：糖尿病	入院・通院 月 2回】
母方祖母	住所 水戸市三の丸 1-5-48	電話 029-224-****	
	氏名 水戸 まる子	生年月日 昭和34年 7月 7日 58歳	
	自営・外勤【週 5日勤務・勤務時間 8時00分～17時00分・勤務先 □◇株式会社】・無職		
	健康・疾病有【病名：	入院・通院 月 回】	
児童の健康状況	市の健診等受診の有無【有・無】		
	病気（アレルギー含む）有【病名等：食物アレルギー（卵，小麦粉）】・無 その他健康状況に関すること（大病に罹り手術をした，言葉の遅れ，定期的な通院・服薬の状況等） 喘息のため月1回の通院		
生活保護の状況		適用無・適用有【保護開始日： 年 月 日】	
同居の障害者（児）の状況		有・無 (有の場合は右欄記入)	身体障害者手帳【氏名： : 級】 療育手帳【氏名： : 級】 特別児童扶養手当の受給【氏名： : 級】 障害基礎年金等の受給【氏名： 】
誓約書		同意書	
<p>保育所への入所中は，保育所の規定を守り，保育料は責任をもって期日までに納入することを誓約いたします。</p>		<p>保育所入所期間中，保育料決定のため，必要に応じて私及び私の同居親族の市民税等関係資料を閲覧することに同意します。</p>	
<p>保護者氏名 大宮 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">大印</span></p>		<p>保護者氏名 父： 大宮 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">大印</span></p> <p>保護者氏名 母： 大宮 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">大印</span></p>	