

家 庭 状 況 申 告 書

【保護者の状況】

就労状況	父親の状況		母親の状況	
	□就労している □就労先内定 □求職中		□就労している □就労先内定 □求職中	
就労状況	勤務先名		勤務先名	
	所在地		所在地	
	雇用形態	□会社員 □自営業 □公務員 □内職	雇用形態	□会社員 □自営業 □公務員 □内職
		□農業 □パート □その他 ()		□農業 □パート □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	週/ 日・月/ 日	勤務日数等	週/ 日・月/ 日
	月 収	約 万円	月 収	約 万円
	育児休暇	年 月 日 ~ 年 月 日	産 休	年 月 日 ~ 年 月 日
育児休暇			年 月 日 ~ 年 月 日	
出産			出産(予定)日	令和 年 月 日
病気等	病(障害)名		病(障害)名	
	現在の状況	□入院 (年 月 日から) □通院 (月 回) □自宅療養中	現在の状況	□入院 (年 月 日から) □通院 (月 回) □自宅療養中
	手 帳	□なし □あり 身障手帳 (級) 療育手帳 (Ⓐ・A・B・C)	手 帳	□なし □あり 身障手帳 (級) 療育手帳 (Ⓐ・A・B・C)
介護	被介護者名	(続柄:)	被介護者名	(続柄:)
	病 名 等		病 名 等	
	現在の状況	□入院中 □通院中 □自宅療養中	現在の状況	□入院中 □通院中 □自宅療養中
その他	不 存 在	□死亡 □離婚 □別居	不 存 在	□死亡 □離婚 □別居
		□行方不明 □その他 ()		□行方不明 □その他 ()

【祖父母の状況】

父 方			母 方		
祖 父	□同居 □別居 □不存在		祖 父	□同居 □別居 □不存在	
	氏 名			氏 名	
	住 所	(※別居の場合のみ記入)		住 所	(※別居の場合のみ記入)
祖 母	□同居 □別居 □不存在		祖 母	□同居 □別居 □不存在	
	氏 名			氏 名	
	住 所	(※別居の場合のみ記入)		住 所	(※別居の場合のみ記入)

※裏面もご記入ください。

【入所児童の状況】

	児童名 ()	児童名 ()
保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している 保育している人: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している 保育している人: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 預けている 預けている場所: <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 家庭保育室 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 預けている 預けている場所: <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 家庭保育室 <input type="checkbox"/> その他 ()
健康状態等	今までにかかった重い病気はありますか？(既往症)	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり (病名:)	<input type="checkbox"/> あり (病名:)
	発達や慢性的な病気のこと等で相談している病院や施設はありますか？	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり (病院・施設等の名称:)	<input type="checkbox"/> あり (病院・施設等の名称:)
	「身体障害者手帳」または「みどりの手帳(療育手帳)」をお持ちですか？	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳あり (級)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳あり (級)
	<input type="checkbox"/> みどりの手帳(療育手帳)あり (Ⓐ・A・B・C)	<input type="checkbox"/> みどりの手帳(療育手帳)あり (Ⓐ・A・B・C)
アレルギーはありますか？		
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> あり ()	
集団給食での除去食の必要はありますか？		
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> あり ()	
何か特記すべき事項があればご記入ください。		

その他	同一世帯に在宅障害児(者)がいますか？	
	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (氏名) (手帳名)
	入所児童を除き、幼稚園に入所している児童がいますか？	
	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (氏名) (幼稚園名)

誓約書	
保育施設に入所中は、保育施設の規定を守り、利用者負担金は、保護者が責任を持って期日までに納付することを誓います。	
令和 年 月 日	
ときがわ町長 様	保護者署名 _____ 印
	保護者署名 _____ 印