

家庭状況調査票

新規 ・ 転園 ・ 認定切替 ・ 広域 ・ 転入予定

※調査票の太枠内をすべて記入してください。

提出日 年 月 日

住 所	日立市	
2年以内に転入の場合 1月1日時点の住所		
連絡先 つながりやすい連絡 先に☑してください	<input type="checkbox"/> 携帯Tel (父)	<input type="checkbox"/> その他Tel ()
	<input type="checkbox"/> 携帯Tel (母)	

家族の状況

・入園希望児の番号に○をつけてください

・世帯が別でも、同住所に親族等がいる場合は全員記入してください

番 号	(フリガナ) 氏 名	申請児童 との続柄	生 年 月 日	性 別	勤務先・学校名・幼児施設名
1	()		S H R . .	男・女	
2	()		S H R . .	男・女	
3	()		S H R . .	男・女	
4	()		S H R . .	男・女	
5	()		S H R . .	男・女	
6	()		S H R . .	男・女	
7	()		S H R . .	男・女	

障害手帳を持つ家族 いる (氏名) いない

生活保護 受けている 受けていない

保育を必要とする理由	父 について	母 について
	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いる
	<input type="checkbox"/> 就労 (内定・育休復帰予定) している 1日 _____ 時間以上/週 _____ 日の就労 (育児休業取得中) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで 下記に該当する場合は ☑ してください <input type="checkbox"/> 自営業・経営者 (親族が経営者) ・委託契約 <input type="checkbox"/> 派遣社員 (派遣先が決まっていない)	<input type="checkbox"/> 就労 (内定・育休復帰予定) している 1日 _____ 時間以上/週 _____ 日の就労 (育児休業取得中) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで 下記に該当する場合は ☑ してください <input type="checkbox"/> 自営業・経営者 (親族が経営者) ・委託契約 <input type="checkbox"/> 派遣社員 (派遣先が決まっていない)
	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 (起業準備) <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職活動 (起業準備) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いない	
<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		証書No.

※裏面も記入してください

申込児童の現状	<input type="checkbox"/> 親族（父・母・祖父・祖母・その他（ ））が保育		
	<input type="checkbox"/> 保育園・認定こども園・幼稚園等に在園	施設名	児童名
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設・託児所	施設名	児童名
	<input type="checkbox"/> 保育園・認定こども園の一時預かり（保育）	施設名	児童名
申込児童の健康状態	健康状態、発育状況等で気になること（入所が内定した場合、施設へ情報提供します）		
	<input type="checkbox"/> 疾病、障害	病名：	児童名：
	<input type="checkbox"/> 手帳等（療育、身体障害）	手帳名：	児童名：
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給	等級等：	児童名：
	<input type="checkbox"/> 言葉や運動面の発育に不安	内容：	児童名：
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	抗原：	児童名：
	<input type="checkbox"/> その他（		児童名：
	<input type="checkbox"/> 特にない		
祖父母の状況	同居所にいる65歳未満の祖父母が、月64時間以上の就労等をしていない場合は減点の対象となります。		
	父方	祖父	<input type="checkbox"/> 申請児童と別居住（氏名、年齢、住所を記入してください。）
			氏名 (歳) 住所
		<input type="checkbox"/> 申請児童と同居（表の家族の状況に氏名等を記入してください。）	
		<input type="checkbox"/> 不存在（死亡など）	
	祖母	祖父	<input type="checkbox"/> 申請児童と別居住（氏名、年齢、住所を記入してください。）
			氏名 (歳) 住所
		<input type="checkbox"/> 申請児童と同居（表の家族の状況に氏名等を記入してください。）	
		<input type="checkbox"/> 不存在（死亡など）	
	母方	祖父	<input type="checkbox"/> 申請児童と別居住（氏名、年齢、住所を記入してください。）
			氏名 (歳) 住所
		<input type="checkbox"/> 申請児童と同居（表の家族の状況に氏名等を記入してください。）	
<input type="checkbox"/> 不存在（死亡など）			
祖母	祖父	<input type="checkbox"/> 申請児童と別居住（氏名、年齢、住所を記入してください。）	
		氏名 (歳) 住所	
	<input type="checkbox"/> 申請児童と同居（表の家族の状況に氏名等を記入してください。）		
	<input type="checkbox"/> 不存在（死亡など）		

※子ども施設課記入欄	必要書類	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書（兄弟の人数分） <input checked="" type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 施設等利用給付の申請書	
		<input type="checkbox"/> 就労証明書	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 就労状況（予定）申告書	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 介護・看護	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害手帳	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
		<input type="checkbox"/> その他（ ）	父・母・祖父・祖母・その他（ ）
	所見	入園希望日：	相談受付者
			申込受付者