

# 家庭状況調査票

児童名 \_\_\_\_\_ (平成 . . 生)

保護者の続柄		父	母	添付書類
保育が必要な理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職等 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他( )	
就労の状況	形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定	・就労証明書 ・自営業申立書 ・農業申立書 ※申立書に必要な書類
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外	
	休業中の場合	<事由> <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 産休 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他( )	<事由> <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 産休 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他( )	
妊娠・出産の状況		出産予定日 年 月 日 <出産後の予定> 求職・未定 職場復帰 育休( 年 月 日まで)		・疾病・出産等申立書 ・母子手帳の写し
疾病・障害の状況	疾病	病名( ) 入院期間 年 月～ 年 月 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)	病名( ) 入院期間 年 月～ 年 月 通院 1週間に 回 (1回の診療時間 平均 時間)	・疾病・出産等申立書 ・診断書 ・障害者手帳の写し
	障がい	<input type="checkbox"/> 身障( 級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神保健( 級)	<input type="checkbox"/> 身障( 級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B) <input type="checkbox"/> 精神保健( 級)	
介護等の状況		氏名 続柄 場所(入院・在宅) 期間 年 月～ 年 月 付添 1週間に 回(1回平均 時間)	氏名 続柄 場所(入院・在宅) 期間 年 月～ 年 月 付添 1週間に 回(1回平均 時間)	介護・看護申立書 ※申立書に必要な書類
求職等の状況		<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容 )	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 (具体的な活動内容 )	就労確約書
就学等の状況		学校名 所在地	学校名 所在地	在学証明書等
不存在		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居中	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居中	
その他の状況				

◎祖父母の状況

		氏名	年齢	健康状態	就労	住所(同居の場合は記入不要)
父方	祖父			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	祖母			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
母方	祖父			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	祖母			<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

## 確約書

児童 \_\_\_\_\_ に係る利用者負担額については、納期限内に納付することを確約します。  
利用者負担額に未納が生じた場合には児童手当を現金支給とすることに同意します。  
また、万が一納付できない場合は、連帯保証人が保護者と連携して利用者負担額を納付いたします。

平成 年 月 日

保護者 住所 桜川市  
\_\_\_\_\_  
氏名 印

連帯保証人 住所  
\_\_\_\_\_  
氏名 印  
電話番号  
\_\_\_\_\_

※自署にてお願いいたします。

桜川市長様

### ※注意事項

- ・連帯保証人は、原則として保護者と住所が同一でない桜川市内に住所がある資力のある成年者とします。
  - ・ただし、特別な事情があるときは、桜川市に住所がない方でも可とします。
- その場合には、身分証明書の写しを添付していただきます。