

家庭状況書(記入例)

<表面>

第1号様式(第2条関係)

家庭状況書

保護者の入所要件 在職内定証明書、就労状況申告書(スケジュール表)、診断書等証明書類を添付してください。

父母とも、現在のお子さんの保育に欠ける状況について記入してください。不存在の場合も、状況をお知らせください。

育児休業の復職予定日は必ず記入してください。

入所要件 (該当する項目に○)	母の状況							父の状況						
	就労	求職中	傷病	障がい	看護・介護	不存在	就学	出産	就労	求職中	傷病	障がい	看護・介護	不存在
就労の状況	○ 就労 外勤・自宅外自営・自宅内自営・在宅勤務・内職・その他							○ 就労 外勤・自宅外自営・ 自宅内自営 ・在宅勤務・内職・その他						
勤務先名	(株) ■ ■ ■ 商事							△ △ 飯店						
所在地	新宿区西新宿 ○-○-○ △△ビル2F201							中野区 中野4-8-1-101						
電話番号	03-○○××-○○××							03-▽▽××-○○××						
就労開始年月日	○年○月○日 通勤時間 30分							◇年○月○日 通勤時間 0分						
職種・仕事の内容	営業事務							中華料理調理						
危険な状況	○ 無 有(具体的な状況)							○ 有 (具体的な状況 厨房で火を使用)						
勤務日数	○月 週 20 日							○月 週 25 日						
勤務時間	9時00分~17時30分 ローテーション(シフト制)勤務 ○ 無 ・有							10時00分~20時30分 ローテーション(シフト制)勤務 ○ 無 ・有						
収入(税込み)	月収 約 20万 円							月収 約 30万 円						
求職中	具体的な活動状況 無 有()							無 有()						
	内定先の状況 無 有()							無 有()						
傷病	病名・事由発生日 年 月 日							年 月 日						
	入院等の状況 入院・通院(週・月 日)自宅療養							入院・通院(週・月 日)自宅療養						
障がい	手帳の種類 ()手帳 級・度							()手帳 級・度						
看護・介護	対象者氏名 続柄							続柄						
	同居の有無 有 無(住所)							有 無(住所)						
	事由・発生日 病名等() 年 月 日							病名等() 年 月 日						
不存在(理由)	離婚・死別・未婚・その他()							離婚・死別・未婚・その他()						
	事由発生 年 月 仕送り無 有(円)							事由発生 年 月 仕送り無 有(円)						
就学	学校名													
	所在地 区市							区市						
	就学日数/時間 週 日 時 分~ 時 分							週 日 時 分~ 時 分						
	卒業見込み 年 月 日							年 月 日						
出産(予定)	無 有(年 月 日)													
出産休暇育児休業取得中 または取得予定の方は 記入してください	産前産後休暇 年 月 日~ 年 月 日													
	育児休業取得(予定) 無 有 取得者 父 母 (23年7月1日~24年1月15日)													
育児休業期間変更	否 可 (入所できた場合の復帰予定日 12月16日)													

裏面あります

<裏面>

祖父母の状況

ご記入ください 祖父母の状況についてもお知らせ ください。不存在の方はその旨を ご記入ください	母方祖父母		父方祖父母		
	年齢	祖父(67 歳) 祖母(62 歳)	祖父(- 歳)	祖母(63 歳)	
	氏名	▽▽ 三郎	▽▽ 和子	H17年 死亡	◆◆ 〇子
	住所	〇〇区〇〇町〇〇-〇-××		中野 区 中野4-8-1-101	
状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> その他	

お子さんの状況(名前 ◆◆ **二郎**) ※複数のお子さんの状況を記入する場合は、この欄をコピーしてご記入ください。

二人目以降のお子さんについても、用紙をコピーして必ず状況を記入してください。	保育状況	父・母・祖父・祖母・その他親族 () が保育
		親族以外、 <input checked="" type="checkbox"/> 認定保育所等保育(名称 〇〇 保育園) 保育開始 〇〇年 〇〇月から
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	親族以外の保育の場合	保育時間 週 5 日 9 時 00 分 ~ 16 時 00 分
		保育料負担額 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(月額 30,000 円)領収書 無 <input type="checkbox"/> 有
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	出生時	出産週数 妊娠第(40)週 出生時体重(2,800)g 入院期間(7)日間
		出生時の異常 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 早期新生児期(生後1週間以内)の異常 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
		先天的疾患や過去に入院(手術)したこと、または治療を要する病気にかかったことはありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名 気管支喘息で入院 期間 〇〇年〇月~〇〇年〇月)
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	既往歴	現在治療中、経過観察中の病気等がありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等 気管支喘息 〇〇年〇月〇日から)
		ひきつけをおこしたことがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃) 有の方→どんな状態でひきつけましたか? ()
		今まで食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	アレルギー	食品名 (卵) いつ頃ですか (1 歳 3 ヶ月頃)
		有の方 症状 <input checked="" type="checkbox"/> 発疹(じんましん) 嘔吐 下痢 腹痛 喘息発作 呼吸困難 唇やまぶたが腫れる 顔色が青白くなる その他
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	健診結果	今まで何か指摘されたことがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () いつ頃ですか? (歳 ヶ月頃)
		身体の発達・言語の発達等 気になることがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入してください)	その他	保育園(幼稚園)や療育施設等に通園したことがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 施設名 通園歴 年 月~ 年 月
		その他お子様の状況で、気になることがありましたらご記入ください。
※上記事項に該当することがあるときは、事前に面接を行い、詳細をお伺いすることがあります。		