

家庭状況報告書

下記のとおり相違ありません。また、所得関係書類の調査・確認のため、税務担当
 必要に応じて、申込書等に記載した個人情報保育園等へ提出することに同意します。**父母それぞれの署名をします。**

署名欄 (手書きしてください)		(父) 調布 太郎	(母) 調布 花子
保育が必要な理由 (当てはまる状況に☑し、下記を記入します。)		父の状況 <input type="checkbox"/> 不存在 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中	母の状況 <input type="checkbox"/> 不存在 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中
不存在	理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ()
	発生日月	年 月 日	年 月 日
障害	障害名・等級	(級)	(級)
疾病	病名		
就労	通勤時間	自宅から職場まで片道 約 60 分	自宅から職場まで片道 約 30 分
	産休		令和 5年 4月 22日 ~ 令和 5年 8月 12日
	育休	年 月 日 ~ 年 月 日	令和 5年 8月 13日 ~ 令和 7年 6月 16日
介護・看護	対象者氏名(続柄)	()	就労証明書に書かれた産休・育休期間を記載します。
	状況 (病院・施設名)	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 病院名 () <input type="checkbox"/> 通所・通院 施設名 () ※通所・通院の頻度 (□月 □週) あたり 回	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 病院名 () <input type="checkbox"/> 通所・通院 施設名 () ※通所・通院の頻度 (□月 □週) あたり 回
妊娠	出産予定日		年 月 日
祖父母の状況	氏名 (不在の場合は「不存在」または斜線をお書きください。)		
	父方	祖父	不存在 <input type="checkbox"/> 調布市外 () <input type="checkbox"/> 調布市内 (調布市)
		祖母	調布 一郎 <input checked="" type="checkbox"/> 調布市外 (〇〇県△△市) <input type="checkbox"/> 調布市内 (調布市)
	母方	祖父	多摩 一夫 <input type="checkbox"/> 調布市外 () <input checked="" type="checkbox"/> 調布市内 (調布市 西つつじヶ丘〇-△)
		祖母	国領 保子 <input type="checkbox"/> 調布市外 () <input checked="" type="checkbox"/> 調布市内 (調布市 小島町2-35-1)
同一世帯内に心身障害がある方		<input type="checkbox"/> 有 (氏名: 申込児童との続柄:) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※ 該当する方の身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健 障害基礎年金受給者証等のコピー(氏名、障害等級、住所等) 必ずどちらかにチェックしてください。	

<市記載欄>

未提出書類	<input type="checkbox"/> 児童状況報告書	<input type="checkbox"/> タイムスケジュール表
	<input type="checkbox"/> 申込確認票	<input type="checkbox"/> 介護保険証、ケアプランのコピー
	<input type="checkbox"/> 認定申請書	<input type="checkbox"/> 在学証明書(分)
	<input type="checkbox"/> 就労証明書(分)	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭を証明するもの
	<input type="checkbox"/> 就労に関する客観的資料(分)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書
	<input type="checkbox"/> 診断書(分)	<input type="checkbox"/> 保育士証または幼稚園教諭免許状
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳のコピー(分)	<input type="checkbox"/> ()年度課税(非課税)証明書(分)
	<input type="checkbox"/> 母子手帳の分娩予定日を書いたページのコピー	<input type="checkbox"/> 保育受託証明書