

②保育所等入所児童の状況確認調書(新規 ・ 変更 ・ 継続)

父(氏名：)の状況		生年月日		大 昭 平 令	年	月	日
<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 居宅外	<input type="checkbox"/> 会社員・公務員	勤務先	業種()			
		<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 親族事業所手伝	名称： 住所：				
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所所在地				
<input type="checkbox"/> 内職		<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 町内(真鶴 ・ 岩) <input type="checkbox"/> 町外(所在地)					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我がある (具体的な内容：)						
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我の者を介護している (対象者： 続柄： 状態：)						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
母(氏名：)の状況		生年月日		大 昭 平 令	年	月	日
<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 居宅外	<input type="checkbox"/> 会社員・公務員	勤務先	業種()			
		<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 親族事業所手伝	名称： 住所：				
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所所在地				
<input type="checkbox"/> 内職		<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 町内(真鶴 ・ 岩) <input type="checkbox"/> 町外(所在地)					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠中(出産予定日：)						
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我がある (具体的な内容：)						
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我の者を介護している (対象者・続柄・内容)						
<input type="checkbox"/> その他 ()							
その他特に記載すべきこと(生計維持方法・生活保護受給など)							

裏面あり

祖父母の状況について(一緒住んでいない場合にも記載してください)					
	同居の確認	氏名	年齢	就労有無	住所(児童と別居の場合)
父の父	同居・別居		歳	有・無	
父の母	同居・別居		歳	有・無	
母の父	同居・別居		歳	有・無	
母の母	同居・別居		歳	有・無	

緊急連絡先について				
優先順位	連絡先	携帯電話	自宅	職場 (事業所名)
第1	父・母・祖父・祖母 その他()			
第2	父・母・祖父・祖母 その他()			
第3	父・母・祖父・祖母 その他()			

ひとり親に関する状況(<input type="checkbox"/> ひとり親家庭ではない)	
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭である	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給している(申請中も含む)
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給していない <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療証を持っている <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療証を持っていない

障がい者等に関する状況(<input type="checkbox"/> 同居している家族の中に障がいを持った方はいない)	
<input type="checkbox"/> 同居している家族の中に障がいを持った方がいる (続柄:)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付をうけた方
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付をうけた方
	<input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けた方
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している方
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金を受給している方

申込児童の現在の状況 <input type="checkbox"/> 家庭内保育 <input type="checkbox"/> その他()
未就学兄弟姉妹の保育状況(<input type="checkbox"/> 家庭内に他に未就学の児童がいない)
<input type="checkbox"/> 今回同時に入所
<input type="checkbox"/> 家庭保育 ⇒主な保育者 <input type="checkbox"/> 母又は父 <input type="checkbox"/> 父の父母 <input type="checkbox"/> 母の父母 <input type="checkbox"/> その他() (理由:)
<input type="checkbox"/> 保育所・託児所などを利用 (施設名:)
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:)

②保育所等入所児童の状況確認調書(新規 ・ 変更 ・ 継続)

父(氏名: **真鶴 太郎**)の状況 生年月日 大昭
平令 **61年 8月 20日**

記入例

<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 求職中	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 親族事業所手伝	勤務先 業種(製造業) 名称: ○×会社 住所: 横浜市中区△-△-△
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所所在地 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 町内(真鶴 ・ 岩) <input type="checkbox"/> 町外(所在地)
		<input type="checkbox"/> 内職	内職依頼元 ()
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我がある (具体的な内容:)		
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我の者を介護している (対象者: 続柄: 状態:)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

母(氏名: **真鶴 夏子**)の状況 生年月日 大昭
平令 **62年 9月 15日**

<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 求職中	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 親族事業所手伝	勤務先 業種(小売業) (名称: □△商店) (住所: 真鶴町真鶴○-○-○)
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業	事業所所在地 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 町内(真鶴 ・ 岩) <input type="checkbox"/> 町外(所在地)
		<input type="checkbox"/> 内職	内職依頼元 ()
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠中(出産予定日:)		
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我がある (具体的な内容:)		
	<input type="checkbox"/> 障がい・疾病・怪我の者を介護している (対象者・続柄・内容)		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

その他特に記載すべきこと(生計維持方法・生活保護受給など)

裏面あり

祖父母の状況について(一緒に住んでいない場合にも記載してください)					
	同居の確認	氏名	年齢	就労有無	住所
父の父	同居・別居	死亡	歳	有・無	
父の母	同居 別居	真鶴 秋子	60歳	有・ 無	真鶴町岩△-△-△
母の父	同居 別居	岩 三郎	55歳	有 ・無	湯河原町吉浜○-○-○
母の母	同居 別居	岩 冬美	55歳	有 ・無	湯河原町吉浜○-○-○

緊急連絡先について				
優先順位	連絡先	携帯電話	自宅	職場 (事業所名)
第1	父 母 ・祖父・祖母 その他()	080-1234-5678	0465-68-0000	□△商店
第2	父 ・母・祖父・祖母 その他()	090-9876-5432	0465-68-0000	○×会社
第3	父・母・祖父 祖母 その他()	090-1111-2222	0465-68-△△△△	△×会社

ひとり親に関する状況(ひとり親家庭ではない)

<input type="checkbox"/> ひとり親家庭である <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する欄に☑ してください </div>	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給している(申請中も含む)
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受給していない
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療証を持っている <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療証を持っていない

障がい者等に関する状況(同居している家族の中に障がいを持った方はいない)

<input type="checkbox"/> 同居している家族の中に障がいを持った方がいる (続柄:)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付をうけた方
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付をうけた方
	<input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けた方
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している方
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金を受給している方

申込児童の現在の状況 家庭内保育 その他()

未就学兄弟姉妹の保育状況(家庭内に他に未就学の児童がいない)

今回同時に入所

家庭保育 ⇒主な保育者 母又は父 父の父母 母の父母 その他()

(理由:)

保育所・託児所などを利用 (施設名: ○○○○園)

その他 (具体的に記載:)