

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 <small>大昭 平令</small> 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 <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( ) 名称： 住所：
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業  <input type="checkbox"/> 内職	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 ) 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： )の状況		生年月日 <small>大昭 平令</small> 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 <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( ) 名 称： 住 所：
	<input type="checkbox"/> 居宅内	<input type="checkbox"/> 自営業  <input type="checkbox"/> 内職	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 ) 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(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 )

R7 新規

父(氏名: **真鶴 太郎** )の状況 生年月日 **大昭和** 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( <b>製造業</b> ) 名称: <b>〇×会社</b> 住所: <b>横浜市中区△-△-△</b>
	<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 ( )

母(氏名: **真鶴 夏子** )の状況 生年月日 **大昭和** 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( <b>小売業</b> ) (名 称: <b>□△商店</b> ) (住 所: <b>真鶴町真鶴〇-〇-〇</b> )
	<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 ( )

妊娠中(出産予定日: )  
 障がい・疾病・怪我がある  
 (具体的な内容: )  
 障がい・疾病・怪我の者を介護している  
 (対象者・続柄・内容 )  
 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 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	真鶴 秋子	60歳	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	真鶴町岩△-△-△
母の父	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	岩 三郎	55歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	湯河原町吉浜○-○-○
母の母	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	岩 冬美	55歳	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父・祖母 その他( )	080-1234-5678	0465-68-0000	□△商店
第2	<input checked="" type="checkbox"/> 父・母・祖父・祖母 その他( )	090-9876-5432	0465-68-0000	○×会社
第3	父・母・祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 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; width: fit-content;"> <b>該当する欄に<input checked="" type="checkbox"/> してください</b> </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"/> ひとり親家庭等医療証を持っている
	<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: )