

家庭状況調査書 ・ 承諾書

表

入所児童	氏名		年 月 日生	入所(在所)希望年度の4月1日の年齢	歳	希望する利用時間	時 分	分から分まで
	氏名		年 月 日生		歳			
	氏名		年 月 日生		歳			

父 母 の 状 況	氏名		父:			母:				
	住所									
	生年月日	電話	年 月 日	Tel :		年 月 日	Tel :			
	就 労 状 況	就労先名称								
		就労先住所		<input type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 自宅			
		就労の内容		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 他()			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 他()			
		就労時間		時 分から 時 分まで			時 分から 時 分まで			
				<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 2交替制 <input type="checkbox"/> 3交替制 <input type="checkbox"/> 不定期			<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 2交替制 <input type="checkbox"/> 3交替制 <input type="checkbox"/> 不定期			
	休日		週 日(曜日)・不定期			週 日(曜日)・不定期				
	そ の 他 の 状 況	本人の病気	傷病名				傷病名			
			入院期間	年 月 日～ 年 月 日			入院期間	年 月 日～ 年 月 日		
			通院	1週間に 回/ 時間程度			通院	1週間に 回/ 時間程度		
		本人の障害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神手帳1・2級			<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神手帳1・2級				
			<input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 療育B <input type="checkbox"/> 精神手帳3級			<input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 療育B <input type="checkbox"/> 精神手帳3級				
		他の人の介護	被介護者	氏名				氏名		
児童との続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				児童との続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居						
介護の状況			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅				
			期間	年 月から 年 月			期間	年 月から 年 月		
		付添	1週間に 回/ 時間			付添	1週間に 回/ 時間			
その他の不在等	不在等	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚					
		その他()			その他()					
		年 月から			年 月から					
出産	予定日	年 月 日			産後休暇・育児休暇 年 月 日まで					

承 諾 欄	保育料算定に伴い、私の住民税課税に関する資料について	
	閲覧及び算定資料の提供について承諾します。	
	(連名で記入すること)	年 月 日
	住所: 大多喜町	
	氏名 _____ (印)	
氏名 _____ (印)		
氏名 _____ (印)		
※祖父母等が児童または保護者を扶養(税金上)している場合は祖父母名の記入押印をお願いいたします。		

※ 町 記 入 欄	児童No.	No.	No.	階層	
	保育料				
	入所日	R 年 /	R 年 /	R 年 /	
		住宅	所得税	合計	住民税
	父				課・非
	母				課・非
				課・非	

※ 裏 面 へ 続 く

祖父 母 の 状 況	町内に居住する祖父母（父方）	氏名	祖父：		祖母：					
		住所	大多喜町		大多喜町					
		生年月日等	年	月	日	Tel :	年	月	日	Tel :
		児童との同居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在				
		就労状況	<input type="checkbox"/> 自宅外就労 <input type="checkbox"/> 自宅就労 <input type="checkbox"/> 農業・内職等			<input type="checkbox"/> 自宅外就労 <input type="checkbox"/> 自宅就労 <input type="checkbox"/> 農業・内職等				
		就労先名称								
		就労内容	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> ハート <input type="checkbox"/> 他（ ）			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> ハート <input type="checkbox"/> 他（ ）				
	本人の病気	<input type="checkbox"/> 通院1週間に 回 ・ <input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 通院1週間に 回 ・ <input type="checkbox"/> 入院					
		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし					
		氏名			氏名					
	他の介護	児童との続柄（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			児童との続柄（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
		付添	<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院					
	町内に居住する祖父母（母方）	町内に居住する祖父母（母方）	氏名	祖父：		祖母：				
			住所	大多喜町		大多喜町				
生年月日等			年	月	日	Tel :	年	月	日	Tel :
児童との同居			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 不在				
就労状況			<input type="checkbox"/> 自宅外就労 <input type="checkbox"/> 自宅就労 <input type="checkbox"/> 農業・内職等			<input type="checkbox"/> 自宅外就労 <input type="checkbox"/> 自宅就労 <input type="checkbox"/> 農業・内職等				
就労先名称										
就労内容			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> ハート <input type="checkbox"/> 他（ ）			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> ハート <input type="checkbox"/> 他（ ）				
本人の病気		<input type="checkbox"/> 通院1週間に 回 ・ <input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 通院1週間に 回 ・ <input type="checkbox"/> 入院					
		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし					
		氏名			氏名					
他の介護		児童との続柄（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			児童との続柄（ ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
		付添	<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院					

他の同居者の状況	氏名	児童との続柄	就学 ・ 就労（勤務先）	生年月日	その他
			<input type="checkbox"/> 就学 ・ <input type="checkbox"/> 就労（ ）	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 就学 ・ <input type="checkbox"/> 就労（ ）	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 就学 ・ <input type="checkbox"/> 就労（ ）	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 就学 ・ <input type="checkbox"/> 就労（ ）	年 月 日	