

# 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			
		介 護 の 状 況	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			
そ の 他 の 状 況	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					
		本人の障害	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし					
		他の介護	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			
			付添	<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院		付添	<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						
本人の障害	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし						
他の介護	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			
	付添			<input type="checkbox"/> 在宅、通院 ・ <input type="checkbox"/> 入院		付添	<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	