# 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，税務担当課の資料の使用を承諾します。
必要に応じて，申込書等に記載した個人情報を保育園等へ提出することに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 署名欄<br>（手書きしてください） | | (父) | (母) |
| 保育が必要な理由<br><br>（当てはまる状況に☑し，下記を記入します。） | | 父　の　状　況<br>□ 不存在　□ 障害　□ 疾病<br>□ 就労　□ 介護・看護<br>□ 災害復旧　□ 通学　□ 求職中 | 母　の　状　況<br>□ 不存在　□ 障害　□ 疾病<br>□ 就労　□ 介護・看護　□ 妊娠<br>□ 災害復旧　□ 通学　□ 求職中 |
| 不存在 | 理由 | □ 死亡　□ 離婚　□ 離婚調停中<br>□ 失踪　□ 未婚　□ その他（　　） | □ 死亡　□ 離婚　□ 離婚調停中<br>□ 失踪　□ 未婚　□ その他（　　） |
| | 発生年月日 | 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　　分 | 自宅から職場まで片道　約　　分 |
| | 産　休 | | 年　月　日 ～<br>年　月　日 |
| | 育　休 | 年　月　日 ～<br>年　月　日 | 年　月　日 ～<br>年　月　日 |
| 介護・看護 | 対象者氏名（続柄） | （　　） | （　　） |
| | 状況<br>（病院・施設名） | □ 自宅療養<br>□ 入院　病院名（　　）<br>□ 通所・通院　施設名（　　）<br>※通所・通院の頻度<br>（ □ 月　□ 週 ）　あたり　　回 | □ 自宅療養<br>□ 入院　病院名（　　）<br>□ 通所・通院　施設名（　　）<br>※通所・通院の頻度<br>（ □ 月　□ 週 ）　あたり　　回 |
| 妊娠 | 出産予定日 | | 年　月　日 |

| | | | 氏名 | 住所 | 年齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| 祖父母の状況 | 父方 | 祖父 | | □ 調布市外 （　　）<br>□ 調布市内 （ 調布市　　） | |
| | | 祖母 | | □ 調布市外 （　　）<br>□ 調布市内 （ 調布市　　） | |
| | 母方 | 祖父 | | □ 調布市外 （　　）<br>□ 調布市内 （ 調布市　　） | |
| | | 祖母 | | □ 調布市外 （　　）<br>□ 調布市内 （ 調布市　　） | |

| | |
|---|---|
| 同一世帯内に心身障害がある方 | □ 有　（氏名：　　申込児童との続柄：　　） □ 無<br>※　該当する方の身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・特別児童扶養手当受給者証・障害基礎年金受給者証等のコピー(氏名，障害等級，住所等記載部分)を提出してください。 |

＜市記載欄＞

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