

# 家庭状況申立書

児童氏名			
生年月日	・	・	・

就労 (内定)・ 就学の場合	父の状況			母の状況 妊娠中の方は、必ず出産予定日を記入してください。						
	※あてはまるものすべてに記入してください。									
	勤務先名 (学校名)									
	勤務地住所 (就学先住所)									
	勤務時間 (就学時間)	月平均	日勤務	休日( )	月平均	日勤務	休日( )			
	時	分	～	時	分	( 時間 )				
	片道の通勤時間			分						
産休・育休中の方	育休	令和	年	月	日	まで				
産休・育休中の方	産休	令和	年	月	日	まで				
出産				【妊娠中の方は、必ず記入してください】						
				出産(予定)日	令和	年	月	日		
疾病 障がい	疾病・障がい名( )			疾病・障がい名( )						
	入院	・	精神疾患	・	障がい	級				
	その他(日常生活への支障: 有・無)			その他(日常生活への支障: 有・無)						
介護・看護	対象者名( ) 続柄( )			対象者名( ) 続柄( )						
	療養場所	自宅	・	施設名( )	療養場所	自宅	・	施設名( )		
	日数	月	日間	時～	時	日数	月	日間	時～	時
災害の復旧	被災内容:			被災内容:						
求職活動中	求職方法:			求職方法:						
3ヵ月以内の生計中心者の失業				有	(令和	年	月)	・	無	

※同居別居にかかわらず、祖父母の状況を記入してください。

祖父母の状況	父方祖父				父方祖母			
	氏名		年齢	利用開始日時点 歳	氏名		年齢	利用開始日時点 歳
	住所				住所			
	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 死別	(※該当する場合のみチェックしてください)					
	市内在住で65歳未満の場合は以下も記入してください。							
	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> その他( )		
	就労先( )	電話	( )	就労先( )	電話	( )		
	勤務日数・時間				勤務日数・時間			
	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	: ~	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	: ~
	障がい・病名( )				障がい・病名( )			
通院日数	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	通院日数	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	
その他保育できない具体的な状況を記入してください。				その他保育できない具体的な状況を記入してください。				
母方祖父				母方祖母				
氏名		年齢	利用開始日時点 歳	氏名		年齢	利用開始日時点 歳	
住所				住所				
<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 死別	(※該当する場合のみチェックしてください)						
市内在住で65歳未満の場合は以下も記入してください。								
<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> その他( )			
就労先( )	電話	( )	就労先( )	電話	( )			
勤務日数・時間				勤務日数・時間				
<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	: ~	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	: ~	
障がい・病名( )				障がい・病名( )				
通院日数	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	通院日数	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	日	
その他保育できない具体的な状況を記入してください。				その他保育できない具体的な状況を記入してください。				

## 保育利用申込補助票

	児童氏名： 生年月日：	児童氏名： 生年月日：	児童氏名： 生年月日：
健 康 状 態	□ ある 病院・施設名 ( 診断名・内容 ( )) □ ない	□ ある 病院・施設名 ( 診断名・内容 ( )) □ ない	□ ある 病院・施設名 ( 診断名・内容 ( )) □ ない
	アレルギーはありますか。 □ ある 何に対しても ( )) □ ない □ 不明	□ ある 何に対しても ( )) □ ない □ 不明	□ ある 何に対しても ( )) □ ない □ 不明
	障がいに関する手帳をお持ちですか。 □ ある ( 級・度) □ ない	□ ある ( 級・度) □ ない	□ ある ( 級・度) □ ない
入園にあたり、健康上または発達上気になること、気をつけてほしいことがありますらご記入ください。			
保 育 状 況	□自宅で_____が保育している □認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名：_____ )) □職場内託児所を利用している □一時預かりを利用している □その他(_____ ))	□自宅で_____が保育している □認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名：_____ )) □職場内託児所を利用している □一時預かりを利用している □その他(_____ ))	□自宅で_____が保育している □認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名：_____ )) □職場内託児所を利用している □一時預かりを利用している □その他(_____ ))
再 申 込	他の児童の育児休業取得のため、認可保育園を一度退園したことがありますか。 □ ある 退園年月 ____年____月 □ ない	□ ある 退園年月 ____年____月 □ ない	□ ある 退園年月 ____年____月 □ ない
送迎時間	(朝) 時 分ごろ (夕方) 時 分ごろ	送迎者	父・母・祖父母

### AかBにチェックをしてください。

(※認定こども園等で1号認定と2号認定を併願しているきょうだいがいる場合は、2号認定で入園できたかどうかで判断します。)

A. 1人しか入園できない場合でも入園します。 (きょうだい同時に入園したいが、できない場合は1人だけでも入園する。)

#### ①1人だけしか入園できない場合

- どの児童が先でもよい
- 児童名〔 〕が先に入園できる場合のみ入園する

また、一部の児童が入園後、他の児童は次回の利用調整から、

- 先に入園した児童と同じ施設のみ希望する
- 申込書に記入した全施設を希望する

#### ②もし、きょうだい同時に入園できる場合

- 別々の施設でも入園するが、可能であれば希望順位が低くても同じ施設に入園することを優先する
- 別々の施設で構わないでの、それぞれの児童の希望順位が高い施設への入園を優先する
- 別々の施設では入園を希望しないので、(※同時に同施設入園ができる場合は、希望順位が低くてもその施設に入園する)

□ 児童名〔 〕のみ入園を希望する

□ より希望順位の高い園に決まった児童のみ入園を希望する

B. 1人だけでは入園しません。 (きょうだい全員が入園可能となるまで、どの児童も入園しない。)

- 同じ施設に入園できるまで待つ
- 別々の施設でも入園するが、可能であれば希望順位が低くても同じ施設に入園することを優先する
- 別々の施設で構わないでの、それぞれの児童の希望順位が高い施設への入園を優先する

上記以外の取り扱いを希望される場合は、こちらに記入してください。

## 家庭状況申立書

児童氏名	山口 一郎	山口 さらら	
生年月日	R2・4・2	R4・5・5	

	父の状況		母の状況 妊娠中の方は、必ず出産予定日を記入してください。
	※あてはまるものすべてに記入してください。		
就労 (内定)・就学の場合	勤務先名 (学校名)	株式会社 ×××	
	勤務地住所 (就学先住所)	〇〇市□□1-1	
	勤務時間 (就学時間)	月平均 22 日勤務 休日( 不定休 ) 8時 30分 ~ 17時 30分 (9時間) 片道の通勤時間 15 分	月平均 22 日勤務 休日( 土・日・祝 ) 9時 00分 ~ 16時 00分 (7時間) 片道の通勤時間 10 分
	産休・育休中の方	産休 令和 年 月 日 まで	育休 令和 8年 4月 30日 まで
上記以外の場合	出産	【妊娠中の方は、必ず記入してください】 出産(予定)日 令和 年 月 日	
	疾病 障がい	疾病・障がい名( ) 入院 ・ 精神疾患 ・ 障がい 級 その他 ( 日常生活への支障: 有 ・ 無 )	疾病・障がい名( ) 入院 ・ 精神疾患 ・ 障がい 級 その他 ( 日常生活への支障: 有 ・ 無 )
	介護・看護	対象者名( ) 続柄( ) 療養場所 自宅 ・ 施設名( ) 日数 月 日間 時~ 時	対象者名( 山口 ハナ ) 続柄( 義母 ) 療養場所 自宅 ・ 施設名( ) 日数 月 30日間 17時~ 21時
	災害の復旧	被災内容:	被災内容:
	求職中	求職方法:	求職方法:
	3ヵ月以内の生計中心者の失業	有 (令和 年 月) ・ 無	

※同居別居にかかわらず、祖父母の状況を記入してください。

祖父母の状況	父方祖父				父方祖母			
	氏名	山口 和夫	年齢	利用開始日時点 77 歳	氏名	山口 ハナ	年齢	利用開始日時点 71 歳
	住所	同居			住所	同居		
	<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (※該当する場合のみチェックしてください)				<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (※該当する場合のみチェックしてください)			
	市内在住で65歳未満の場合は以下も記入してください。							
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> その他( )			
	就労先( )電話 ( )				就労先( )電話 ( )			
	勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :			
	障がい・病名( )				障がい・病名( 身体障がい 2級 )			
	通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日				通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日			
その他保育できない具体的な状況を記入してください。				その他保育できない具体的な状況を記入してください。				
母方祖父				母方祖母				
氏名	大内 義一	年齢	利用開始日時点 59 歳	氏名	大内 義子	年齢	利用開始日時点 60 歳	
住所	山口市〇〇4-5			住所	同左			
<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (※該当する場合のみチェックしてください)				<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (※該当する場合のみチェックしてください)				
市内在住で65歳未満の場合は以下も記入してください。								
<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> その他( )				
就労先( ○建設 )電話 083(111)1111				就労先( )電話 ( )				
勤務日数・時間 <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 5日 9:00 ~ 17:00				勤務日数・時間 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日 : ~ :				
障がい・病名( )				障がい・病名( )				
通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日				通院日数 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日				
その他保育できない具体的な状況を記入してください。				その他保育できない具体的な状況を記入してください。				
同居曾祖父(要介護2)の通院付き添いや食事介助を行っている。								

## 保育利用申込補助票

	児童氏名： 山口 一郎 生年月日： R2.4.2	児童氏名： 山口 きらら 生年月日： R4.5.5	児童氏名： 生年月日：
健 康 状 態	発達や慢性的な病気のことでのことで継続的に相談している病院や施設はありますか。  □ ある □ ない	□ ある □ ない	□ ある □ ない
	アレルギーはありますか。  □ ある □ ない □ 不明	□ ある □ ない □ 不明	□ ある □ ない □ 不明
	障がいに関する手帳をお持ちですか。  □ ある □ ない	□ ある □ ない	□ ある □ ない
入園にあたり、健康上または発達上気になること、気をつけてほしいことがありますたらご記入ください。	落ち着きがなく、じっとしていることが苦手です。新しい環境に慣れることに時間がかかります。 アレルギーがあるかどうかまだ不明です。卵、小麦は食べられますが、そばはまだ食べたことがありません。		
保 育 状 況	新規申込みの場合、申込児童の現在の保育手段はなんですか。  □ 自宅で 母 が保育している □ 認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名： ) □ 職場内託児所を利用している □ 一時預かりを利用している □ その他( )	□ 自宅で 母 が保育している □ 認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名： ) □ 職場内託児所を利用している □ 一時預かりを利用している □ その他( )	□ 自宅で _____ が保育している □ 認可外保育施設、幼稚園等を利用している (施設名： ) □ 職場内託児所を利用している □ 一時預かりを利用している □ その他( )
再 申 込	他の児童の育児休業取得のため、認可保育園を一度退園したことがありますか。  □ ある □ ない	□ ある □ ない	□ ある □ ない
送迎時間	(朝) 8時 30分ごろ (夕方) 16時 30分ごろ		送迎者 父 母 祖父母

### AかBにチェックをしてください。

(※認定こども園等で1号認定と2号認定を併願しているきょうだいがいる場合は、2号認定で入園できたかどうかで判断します。)

A. 1人しか入園できない場合でも入園します。 (きょうだい同時に入園したいが、できない場合は1人だけでも入園する。)

#### ①1人だけしか入園できない場合

- どの児童が先でもよい
- 児童名 [ 一郎 ] が先に入園できる場合のみ入園する

また、一部の児童が入園後、他の児童は次回の利用調整から、

- 先に入園した児童と同じ施設のみ希望する
- 申込書に記入した全施設を希望する

#### ②もし きょうだい同時に入園できる場合

- 別々の施設でも入園するが、可能であれば希望順位が低くても同じ施設に入園することを優先する
- 別々の施設で構ないので、それぞれの児童の希望順位が高い施設への入園を優先する
- 別々の施設では入園を希望しないので、(※同時に同施設入園ができる場合は、希望順位が低くてもその施設に入園する)
 

□ 児童名 [ ] のみ入園を希望する
□ より希望順位の高い園に決まった児童のみ入園を希望する

B. 1人だけでは入園しません。 (きょうだい全員が入園可能となるまで、どの児童も入園しない。)

- 同じ施設に入園できるまで待つ
- 別々の施設でも入園するが、可能であれば希望順位が低くても同じ施設に入園することを優先する
- 別々の施設で構ないので、それぞれの児童の希望順位が高い施設への入園を優先する

上記以外の取り扱いを希望される場合は、こちらに記入してください。