

定期利用保育 家庭状況申告書

大田区保育所・転園等申込書に準じる
太枠内を記入してください。

あて先 NPO法人ケンパ・ラーニング・コミュニティ協会
ケンパ池上 園長

記入日 令和 年 月 日

| | | 父 の 状 況 | | | | | | | | | | 母 の 状 況 | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--|--------------------|----|----|----|------------------------|----|----|-----|----|--|--------------------|----|----|----|------------------------|----|----|----|-----|----|-----|
| 右記のあてはまるものに○をつけてください | | 外勤 | 内定 | 自営 | 内職 | 疾病 | 障害 | 介護 | 看護 | 求職中 | 就学 | その他 | 外勤 | 内定 | 自営 | 内職 | 疾病 | 障害 | 介護 | 看護 | 求職中 | 就学 | その他 |
| 外勤・内定・自営・内職・就学 | 事業所名 (学校名) | (経営者が親族の場合 父母との関係) | | | | | | | | | | (経営者が親族の場合 父母との関係) | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | () | | | | | | | | | | () | | | | | | | | | | | |
| | 仕事 (学校) の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 採用・入学 (予定) 年月日 | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 就労時間 (就学時間) | 時 分から 時 分まで (週 日就労・就学) | | | | | 時 分から 時 分まで (週 日就労・就学) | | | | | 時 分から 時 分まで (週 日就労・就学) | | | | | 時 分から 時 分まで (週 日就労・就学) | | | | | | |
| | 収入 | 月給・日給・時給 円 | | | | | 月給・日給・時給 円 | | | | | 月給・日給・時給 円 | | | | | 月給・日給・時給 円 | | | | | | |
| | 通勤 (通学) 経路・時間 | 自宅→ 時間 分 | | | | | | | | | | 自宅→ 時間 分 | | | | | | | | | | | |
| | 自営の場合 | 中心者・協力者 使用人：有・無 | | | | | | | | | | 中心者・協力者 使用人：有・無 | | | | | | | | | | | |
| 出産予定の有無 | | 有・無 出産予定有の場合 (その後の予定 育児休業 年 月 日) | | | | | | | | | | 予定日 年 月 日 日から 年 月 日まで・その他) | | | | | | | | | | | |
| 疾病・障害 | 病名・障害名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手帳の有無 | 有 (手帳 級・度) ・無 | | | | | | | | | | 有 (手帳 級・度) ・無 | | | | | | | | | | | |
| | 状 況 | 入院 (年 月 日) | | | | | | | | | | 入院 (年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| | | 自宅療養 ・ 通院通所 (週 回) | | | | | | | | | | 自宅療養 ・ 通院通所 (週 回) | | | | | | | | | | | |
| | | 治療を要する時間 (か月) | | | | | | | | | | 治療を要する時間 (か月) | | | | | | | | | | | |
| 病院・施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護・看護 | 介護又は看護を受ける人 | 続柄 () | | | | | | | | | | 続柄 () | | | | | | | | | | | |
| | 病名・障害名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険の利用 | 有 (要介護・要支援 度) ・無 | | | | | | | | | | 有 (要介護・要支援 度) ・無 | | | | | | | | | | | |
| | 手帳の有無 | 有 (手帳 級・度) ・無 | | | | | | | | | | 有 (手帳 級・度) ・無 | | | | | | | | | | | |
| | 状況 | 在宅 | 全介護 ・ 常時観察介護 ・ 要介護 | | | | | | | | | | 全介護 ・ 常時観察介護 ・ 要介護 | | | | | | | | | | |
| | | 通所 | 週 日、日中 時間を要する | | | | | | | | | | 週 日、日中 時間を要する | | | | | | | | | | |
| 通院 | | 病院・施設名 | | | | | | | | | | 病院・施設名 | | | | | | | | | | | |
| 不存在 | | 氏名 () 年 月 日頃から 死亡・離婚・未婚・失踪・拘禁 離婚前提の別居・その他 () | | | | | | | | | | 氏名 () 年 月 日頃から 死亡・離婚・未婚・失踪・拘禁 離婚前提の別居・その他 () | | | | | | | | | | | |
| 生活保護の状況 | | 無 ・ 有 年 月 日から受給 () 生活福祉課 担当ケースワーカー氏名 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |