

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											
	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)											
	収入	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 ()																					