

家庭状況申告書

児童名	保育 ○○	(西暦) 2021 年 11 月 1 日生	在籍中の保育施設 ■■■ 保育園	第1希望の申込施設
児童名		(西暦) 年 月 日生	在籍中の保育施設	第1希望の申込施設
児童名		(西暦) 年 月 日生	在籍中の保育施設	第1希望の申込施設

		代表保護者	保護者
		(申込児童からみた続柄: 父)	(申込児童からみた続柄: 母)
右のあてはまるもの全てに☑をつけ、あてはまる以下の項目も選択、ご記入ください。		<input checked="" type="checkbox"/> 被雇用者(インターン含む)	<input type="checkbox"/> 被雇用者(インターン含む)
		<input type="checkbox"/> 会社経営・役員	<input type="checkbox"/> 会社経営・役員
		<input type="checkbox"/> 個人事業主	<input type="checkbox"/> 個人事業主
		<input type="checkbox"/> 育児休業中	<input type="checkbox"/> 育児休業中
		<input type="checkbox"/> 就労内定	<input type="checkbox"/> 就労内定
		<input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 内職
		<input type="checkbox"/> 就学等(職業訓練含む)	<input type="checkbox"/> 就学等(職業訓練含む)
		<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備	<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備
		<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> 出産
		<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい
	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input checked="" type="checkbox"/> 介護・看護	
		<input type="checkbox"/> 不存在	
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	
就労・就学等 (職業訓練含む)	就労(就学)先 名 称	(株)都市●● 足立支社	
	電話番号	○○ (1234) 5678 内線	() () 内線
求職活動中 起業準備中	前職の退職年月日 または 現職の退職予定日	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日
	起業準備の内容		
出 産	過去2か月以内 の出産または 今後の出産予定 はありますか?	ある ・ (ない)	
	※必ずどちら かに○をつけ てください	<p>出産(予定)日を書き、あてはまる方に○をつけてください</p> <p>(西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日に 出産・出産予定</p> <p>⇒ 母子手帳のコピー添付: 添付した ・ 後日提出</p> <p>⇒ 産後休業取得後の予定: 育児休業 ・ 育児休業を取らずに職場復帰</p> <p>育児休業に○をした方は、下記の[注意事項]をお読みの上、チェックをお願いします</p> <p>[注意事項]</p> <p><input type="checkbox"/> 産前・産後休業中、育児休業中で、現在保育施設利用申込中の場合は入所後、翌月の1日まで に復職してください。また、2人以上の申し込みの場合、1人だけ入所になった場合でも、 復職や就労が必要になります。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所月前後に出産予定があり、入所後一度も就労せずに産前・産後休業に入る場合は、産後 休業取得後、すみやかな復職が必要となります。 (例: 出産月8月 6~10月の間に入所の場合は11月に復職が必要です。)</p> <p><input type="checkbox"/> 上記のいずれの場合も復職せずに育児休業を取得する場合は退所(内定取消)となります。</p>	
保護者の 疾病・障がい	病 名		
	障 害 者 手 帳	無 ・ 有	無 ・ 有
	入所希望月 1日時点で 1か月以上の 入院が続きますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

申込児童 からみた 両親の 不存在	対 象	両親のいずれか ・ 両親ともに			
	理 由	死別 ・ 離婚 ・ 結婚歴なし ・ 拘禁 ・ 行方不明 ・ 離婚前提の別居 その他（ ）			
介 護 看 護	介護・看護を する方	氏名（ 保育 △△ ）・申込児童からみた続柄（ 母 ）			
	介護・看護を 受ける方	氏名（ 足立 □□ ）・申込児童からみた続柄（ 祖父 ）			
	障害者手帳 または 要介護認定	無 ・ 有			
	直近過去3か月の 介護・看護の状況	（西暦） 2025 年 1 月分	（西暦） 2025 年 2 月分	（西暦） 2025 年 3 月分	
		20 日	20 日	20 日	
		総介護・看護時間 80 時間／ か月	総介護・看護時間 80 時間／ か月	総介護・看護時間 80 時間／ か月	
備考		備考	備考		
その他 事由	上記以外の要件 ボランティアや、 火事・地震等の災 害復旧のため、保 育に当たれない等 「いつから」 「どれくらい」 具体的な内容を、 ご記入ください。				

- ※ 申告内容について照会させていただくことがあります。
- ※ 記入内容が事実と異なる場合は、退所または内定取消となります。
- ※ 記載内容に不備があると、利用調整の順位に影響を及ぼすことがあります。