509

# Ⓐ 家庭状況票

Ⓑ 申込み児童１： 生年月日： 年 月 日
Ⓒ 申込み児童２： 生年月日： 年 月 日
Ⓓ 申込み児童３： 生年月日： 年 月 日

| | | Ⓕ 父の状況 | Ⓖ 母の状況 |
|---|---|---|---|
| Ⓔ 就労の状況 | ① 区分 | ⑨ □就労中 □就労内定 □求職活動 | ⑨ □就労中 □就労内定 □求職活動 |
| | ② 勤務先形態 | ⑩-a 以下の当てはまるものに☑してください。<br>1.□雇用（もしくは派遣）<br>2.□自営（屋号： ）<br>3.□親族従事（親族続柄： ） | ⑩-b 以下の当てはまるものに☑してください。<br>1.□雇用（もしくは派遣）<br>2.□自営（屋号： ）<br>3.□親族従事（親族続柄： ） |
| | ③ 勤務先（派遣元）名称 | | |
| | ④ 勤務先住所 | ⑪ | ⑪ |
| | ⑤ 通勤経路 | □通勤（通勤時間 分）□在宅 □在宅と通勤両方<br>経路：自宅→ →職場 | □通勤（通勤時間 分）□在宅 □在宅と通勤両方<br>経路：自宅→ →職場 |
| | ⑥ 就労時間 | ⑫ （週あたり） 日、（1日あたり） 時間 | ⑫ （週あたり） 日、（1日あたり） 時間 |
| | ⑦ 現職の就労期間 | ⑬ 1. 6カ月以上 □有<br>□無→下記のいずれかに☑をしてください。<br>2. 前職 □有→退職日が分かる書類を提出してください。<br>□無 | ⑬ 1. 6カ月以上 □有<br>□無→下記のいずれかに☑をしてください。<br>2. 前職 □有→退職日が分かる書類を提出してください。<br>□無 |
| | ⑧ 産休・育休等（取得予定/取得中） | ⑭ 育児休業 年 月 日～ 年 月 日 | ⑮ 産前産後 年 月 日～ 年 月 日<br>⑭ 育児休業 年 月 日～ 年 月 日 |
| Ⓗ 今後１年以内の出産予定 | | ⑯ □無 □有 ⑰ 出産予定日 年 月 日 →母子手帳の写しを提出してください。 | |
| Ⓘ 就労以外の状況 | ⑱ □疾病 | ㉒ 1.病名（ ）<br>2.特定医療費（指定難病）受給者証の交付（□有 □無）<br>※「有」の場合は、受給者証の写しを提出してください。<br>3.療養予定期間（ 年 月から約 か月間）<br>□入院 □通院（週 回） | ㉒ 1.病名（ ）<br>2.特定医療費（指定難病）受給者証の交付（□有 □無 ）<br>※「有」の場合は、受給者証の写しを提出してください。<br>3.療養予定期間（ 年 月から約 か月間）<br>□入院 □通院（週 回） |
| | ⑲ □心身障がい | ㉓ 1.障がい名（ ）<br>2.手帳 □有 □無（ 手帳 級 度）<br>※「有」の場合、手帳の写しを提出してください。 | ㉓ 1.障がい名（ ）<br>2.手帳 □有 □無（ 手帳 級 度）<br>※「有」の場合、手帳の写しを提出してください。 |
| | ⑳ □介護・看護 | ㉔「介護・看護」が保育の必要な要件に該当する場合、「介護・看護状況申告書」を提出してください。 | ㉔「介護・看護」が保育の必要な要件に該当する場合、「介護・看護状況申告書」を提出してください。 |
| | ㉑ □就学 | ㉕ 1.学校名（ ）<br>2.□技能習得 □語学学校 □その他（ ）<br>3. 入 学（ ）年（ ）月<br>修了予定（ ）年（ ）月<br>4.受講日 週（ ）日（ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分まで | ㉕ 1.学校名（ ）<br>2.□技能習得 □語学学校 □その他（ ）<br>3. 入 学（ ）年（ ）月<br>修了予定（ ）年（ ）月<br>4.受講日 週（ ）日（ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分まで |
| Ⓙ 申し込み児童の現在の保育状況（右の１もしくは２に☑） | | ㉖ 1. □預けている ➡ □月ぎめ保育 □一時保育 □ベビーシッター<br>※預け先施設名・保育サービス名（ ）<br>※預け先が、認可保育園（短中時間除く）・区立保育室・居宅訪問型保育・定期利用（私立園を除く）**以外の場合、受託証明書を提出してください。**<br>2 .□預けていない ➡ □育児休業を取りながら保育 □保護者保育（育児休業は取得していない）<br>□職場保育【□父の職場 □母の職場 □その他職場（ ）】<br>□親族保育→申込み児童からみた続柄（ ）<br>㉗ | |
| Ⓚ 生活保護の受給 | | ㉘ □無 □有→開始日 年 月 日【決定通知□有□無→□受給状況の確認に同意します（自治体名： ）】 | |
| Ⓛ ひとり親の場合 | | ㉙ 1.□未婚 2.□離婚 3.□死別 4.□離婚前提の別居 5.□その他（ ）<br>※２～５番のいずれかの場合→（ ）年（ ）月から現在の状況<br>※提出する証明書類に☑→□戸籍 □手当 □医療証 □調停書 □その他（ ） | |

Ⓜ 祖父母の状況

| | | ㉚ 氏名（年齢） | ㉛ 居住地 | ㉜ 申込児と | ㉝ 保育できない理由（いずれかに☑） |
|---|---|---|---|---|---|
| ㉞ 父方 | 祖父 | ㊱ （ 歳） | | ㊳ □同居 □別居 | ㊴ □高齢 □遠方 □就労 □不存在（離婚・死亡・所在不明）<br>□要介護 □疾病 □その他（ ） |
| | 祖母 | ㊲ （ 歳） | | ㊳ □同居 □別居 | ㊴ □高齢 □遠方 □就労 □不存在（離婚・死亡・所在不明）<br>□要介護 □疾病 □その他（ ） |
| ㉟ 母方 | 祖父 | ㊱ （ 歳） | | ㊳ □同居 □別居 | ㊴ □高齢 □遠方 □就労 □不存在（離婚・死亡・所在不明）<br>□要介護 □疾病 □その他（ ） |
| | 祖母 | ㊲ （ 歳） | | ㊳ □同居 □別居 | ㊴ □高齢 □遠方 □就労 □不存在（離婚・死亡・所在不明）<br>□要介護 □疾病 □その他（ ） |

| | |
|---|---|
| Ⓐ | Family Situation Form |
| Ⓑ | Applicant child 1:<br>Date of birth: YYYY MM DD |
| Ⓒ | Applicant child 2:<br>Date of birth: YYYY MM DD |
| Ⓓ | Applicant child 3:<br>Date of birth: YYYY MM DD |
| Ⓔ | Employment |
| Ⓕ | Father's situation |
| Ⓖ | Mother's situation |
| Ⓗ | Childbirth expected within one year |
| Ⓘ | Other situations |
| Ⓙ | Current childcare situation of the child you are applying for (Please check (☑) box 1 or 2 to the right.) |
| Ⓚ | Public assistance |
| Ⓛ | For single-parent households |
| Ⓜ | Grandparent's situation |
| ① | Category |
| ② | Employer type |
| ③ | Name of employer (or dispatching agency) |
| ④ | Employer address |
| ⑤ | Commuting route |
| ⑥ | Working hours |
| ⑦ | Current working period |
| ⑧ | Maternity/childcare leave, etc. (plans to receive/currently on leave) |
| ⑨ | ☐ Currently employed ☐ Received job offer ☐ Job hunting |
| ⑩-a | Please check (☑) the box below that applies.<br>1. □ Employed (or temporarily employed)<br>2. □ Self-employed (business name: )<br>3. □ Family employee (family relationship: ) |
| ⑩-b | Please check (☑) the box below that applies.<br>1. □ Employed (or temporarily employed)<br>2. □ Self-employed (business name: )<br>3. □ Family employee (family relationship: ) |
| ⑪ | ☐ Commute ( min. per day)<br>☐ Working from home<br>☐ Commute and working from home<br>Route: Home→<br>→ Workplace |
| ⑫ | days per week, hours per day |
| ⑬ | 1. Six months or longer □ Yes<br>□ No → Please check (☑) the box below that applies<br>2. Previous employment □ Yes → Submit a document indicating the date of resignation.<br>□ No |
| ⑭ | Childcare leave: YYYY MM DD to YYYY MM DD |
| ⑮ | Pre-natal or post-natal: YYYY MM DD to YYYY MM DD |
| ⑯ | ☐ No ☐ Yes |
| ⑰ | Expected date: YYYY MM DD→ ☐ Submit a copy of *the Mother and Child Health Handbook* |
| ⑱ | Illnesses |
| ⑲ | Mental or physical disabilities |
| ⑳ | Nursing care |
| ㉑ | Enrolled in school |
| ㉒ | 1. Illness name ( )<br>2. Care recipient certificate for specified medical expenses (designated intractable disease) (□ Yes □ No)<br>Note: If your response was "Yes," please submit a copy of the care recipient certificate.<br>3. Planned treatment period (approximately __ months starting in ____ / __ (YYYY / MM)<br>□ Hospitalized □ Receiving outpatient care (__ times per week) |
| ㉓ | 1. Disability name ( )<br>2. Disability handbook in possession □ Yes □ No (_____ Handbook, level: ___, grade: ___)<br>Note: If your response was "Yes," please submit a copy of the disability handbook. |
| ㉔ | If "Nursing care" is the reason you require childcare, please submit your "Nursing Care Status Report." |
| ㉕ | 1. School name:<br>2. □ Skill acquisition □ Language school □ Other ( )<br>3. Enrollment date (YYYY / MM): /<br>Expected completion date: (YYYY / MM): /<br>4. Classes: ____ days per week, from ___ : ___ (start time) to ___ : ___ (end time) |
| ㉖ | 1. □ Childcare service used ➡ □ Monthly □ Temporary childcare □ Babysitter<br>Service facility name or childcare service name ( )<br>Note: If the service facility is not a licensed nursery school (excluding short- and medium-time use), city nursery room, home-visit childcare service, or other regularly used service (excluding private nursery schools), please submit a Certificate of Entrustment. |
| ㉗ | 2. □ Childcare service not used ➡ □ Childcare provided while taking childcare leave □ Childcare provided by a parent/guardian (while not taking childcare leave)<br>□ Workplace childcare [□ Father's workplace □ Mother's workplace □ Other workplace (please specify) ( )]<br>□ Childcare provided by a relative → Relationship with the child you are applying for ( ) |
| ㉘ | ☐ No ☐ Yes →Starting date: YYYY MM DD<br>[Notification of decision ☐ Yes ☐ No → ☐ I agree to have my status of reception checked (Municipality name: )] |
| ㉙ | 1. ☐ Unmarried 2. ☐ Divorced 3. ☐ Widowed 4. ☐ Separation to prepare for divorce 5. ☐ Other (please specify) ( )<br>* If your response was any option from 2 to 5 → starting date of current situation (YYYY / MM): / |

| | |
|---|---|
| | Please check (☑) the boxes of any submitted verification documents → □ Family register □ Allowance certificate □ Medical certificate □ Conciliation form □ Other (please specify) ( ) |
| ㉚ | Name (age) |
| ㉛ | Address |
| ㉜ | Living situation |
| ㉝ | Reason for not being able to provide childcare (Please check (☑) the box that applies.) |
| ㉞ | Paternal |
| ㉟ | Maternal |
| ㊱ | Grandfather |
| ㊲ | Grandmother |
| ㊳ | □ Living with the child you are applying for □ Living separately |
| ㊴ | ☐ Elderly □ Living far away □ Working □ Absent (circle one) (Divorced / Deceased / Location unknown) ☐ Needing nursing care □ Illness □ Other (please specify) ( ) |