

保 育 施 設 等 利 用 調 査 書

| | | | |
|--------------|-------------|---------|--|
| 希望する 利用時間 | 利用曜日 | 利用時間 | 希望認定区分 |
| | 月・火・水・木・金・土 | 時から 時まで | <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 |

| | |
|-------|--|
| 世帯の状況 | 現在、生活保護を <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 相談中である |
|-------|--|

| 保護者①の状況 | | | |
|--|------------|---|--|
| 就 労 ・ 就 学 | 勤務先名・学校名 | | |
| | 所在地 | 電話番号 | |
| | 就労(学)期間 | H・R 年 月 日から (R5年3月までに退職予定がある場合:R 年 月 日まで) | |
| 不 存 在 | 理 由 | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 発生年月日 | H・R 年 月 日から | 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 資格なし |
| 疾 病 ・ し ょ う が の 看 護 | 対象者氏名(続柄) | () | 傷病名等 |
| | しょうがい名等 | | 障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度) |
| | 状況(病院・施設名) | <input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回 | |
| 求 職 | 求職活動中 | <input type="checkbox"/> 活動中である | 活動の頻度 月・週 回程度 |
| | 内定の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日から <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定 | |
| | 具体的な内容 | 内定有の方は記入してください。() | |

| 保護者②の状況 | | | |
|--|------------|---|--|
| 就 労 ・ 就 学 | 勤務先名・学校名 | | |
| | 所在地 | 電話番号 | |
| | 就労(学)期間 | H・R 年 月 日から (R5年3月までに退職予定がある場合:R 年 月 日まで) | |
| 不 存 在 | 理 由 | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 発生年月日 | H・R 年 月 日から | 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 資格なし |
| 疾 病 ・ し ょ う が の 看 護 | 対象者氏名(続柄) | () | 傷病名等 |
| | しょうがい名等 | | 障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級・度) |
| | 状況(病院・施設名) | <input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通所・通院() 月・週 回 | |
| 求 職 | 求職活動中 | <input type="checkbox"/> 活動中である | 活動の頻度 月・週 回程度 |
| | 内定の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日から <input type="checkbox"/> 勤務予定 <input type="checkbox"/> 開業予定 | |
| | 具体的な内容 | 内定有の方は記入してください。() | |

| 祖 父 母 の 状 況 | | | |
|------------------|----|--|-------------------|
| 保 護 者 ① | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 別離 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | (氏名 年齢) (住所) |
| | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 別離 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | (氏名 年齢) (住所) |
| 保 護 者 ② | 祖父 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 別離 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | (氏名 年齢) (住所) |
| | 祖母 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 別離 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() | (氏名 年齢) (住所) |

育児休業期間の延長の予定があり、入所不承諾を希望します(該当者のみ☑をご記入下さい)