

# 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)