

家庭状況票

No2

記入日(西暦)

年 月 日

※ 保育の必要とする理由に☑をし、詳細を記入してください

保育の必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/>	母親の状況	<input checked="" type="checkbox"/>	父親の状況
就労・求職中	<input checked="" type="checkbox"/>	居宅外勤務(常勤・パート・その他) 居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・未定)	<input checked="" type="checkbox"/>	居宅外勤務(常勤・パート・その他) 居宅内勤務(自営・在宅勤務) 求職(内定・未定)
勤務(予定)先名				
職種				
所在地	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	〒
電話番号				
勤務時間		基本 時 分 ~ 時 分 他 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分		基本 時 分 ~ 時 分 他 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分
通勤時間		片道 : 時間 分		片道 : 時間 分
妊娠・出産・育休	<input type="checkbox"/>	予定日 年 月 日 育休期間 年 月 日 { 年 月 日	<input type="checkbox"/>	育休期間 年 月 日 { 年 月 日
就学	<input type="checkbox"/>	学校名	<input type="checkbox"/>	学校名
病気 心身障害	<input type="checkbox"/>	病名・障害名 障害認定の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種別 ()級・度 <input type="checkbox"/> 入院(期間予定 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院(日/月) <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/>	病名・障害名 障害認定の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種別 ()級・度 <input type="checkbox"/> 入院(期間予定 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院(日/月) <input type="checkbox"/> 在宅
看護・介護	<input type="checkbox"/>	対象者名 続柄 病名・障害名 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要介護度(要支援・1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 入院(期間予定 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院(日/月) <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/>	対象者名 続柄 病名・障害名 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要介護度(要支援・1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 入院(期間予定 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 通院(日/月) <input type="checkbox"/> 在宅
その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	