

# 家庭状況報告書

令和 年 月 日

保護者氏名	父	母	TEL ( )
住所	芦屋市 町 番 ー 号		
児童名		男・女 歳	保育所入所・申請中
		男・女 歳	保育所入所・申請中
		男・女 歳	保育所入所・申請中
主に送迎する人	父 母 その他 ( 祖父 祖母 )		
児童の通園方法	(父は○, 母は△で囲む) 1 徒歩 2 自転車 3 自家用車 4 バス等		
所要時間	(第1希望保育所)		父 分
	自宅→保育所 分		保育所→勤務先 母 分
母親の 就労状況 の 状況	母親の有無	・ 有 (同居 ・ 他の場所に居住) ・ 無 (平成・令和 年 月 死別・離別)	
	職業	(1) 会社・団体等に雇用されている (市内 ・ 市外) 勤務先名 _____ TEL _____	
		(2) ア 自営 イ 自営手伝 (市内 ・ 市外) 事業所名 _____ TEL _____ 従業員数 _____ 人	
		(3) 内職 ・ その他	
	勤務日数	(1) 16日以上 (2) 16日未満	
	勤務時間	平日 時 分～ 時 分	
		土曜日 時 分～ 時 分	
	通勤方法	1 徒歩 2 自転車 3 単車 4 自家用車 5 電車 6 バス	
	求職中	(1) 就労先が決定している (就労先 _____ )	
		(2) 本児入所後就労先をさがす (3か月以内に必ず就労)	
休職中	(1) 産前・産後休暇中 令和 年 月 日まで 入所後1か月以内に復職可能		
	(2) 育児休業中 令和 年 月 日まで		
出産予定	出産予定日 令和 年 月 日		
疾病	(1) 入院 (2) 在宅 (通院・往診・一般療養・病弱) 診断書 有・無 令和 年 月 日から		
	病名	_____ 令和 年 月 日まで	
障がいの程度	障がい _____ 級		
看護・付添	看護・付添を必要とされている方の住所・氏名・続柄 診断書 有・無		
	(住所)	_____	
(氏名)	_____ (続柄)	_____ 令和 年 月 日まで	

父 親 の 状 況	父親の有無	・ 有（同居 ・ 他の場所に居住） ・ 無（平成・令和 年 月 日死別・離別）					
	就 労 状 況	職 業	(1) 会社・団体等に雇用されている（市内 ・ 市外） 勤務先名 _____ TEL _____				
			(2) ア 自営 イ 自営手伝（市内 ・ 市外） 事業所名 _____ TEL _____ 従業員数 _____ 人				
		(3) その他 _____					
		勤務時間	平日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分 土曜日 _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分				
通勤方法	1 徒歩 2 自転車 3 単車 4 自家用車 5 電車 6 バス						
求 職 中	(1) 就労先が決定している（就労先 _____）						
	(2) 本児入所後就労先をさがす（3か月以内に必ず就労）						
疾 病	(1) 入院 (2) 在宅（通院・往診・一般療養・病弱） 診断書 有 ・ 無 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 病名 _____						
障がいの程度	障がい _____ 級						
祖 父 母 の 状 況		氏 名	年 齢	就 労	現 住 所	TEL	
	父 方	祖父		有・無			
		祖母		有・無			
	母 方	祖父		有・無			
祖母			有・無				
入 所（希 望） 児 童 の 状 況	現 在 の 保 育 状 況	児童を保育している方等 (1) 家庭内保育（母親・その他 _____） (2) 預けている（祖父母又は他の親族・認可外保育所・その他 _____） (3) その他（ _____ ）					
	健 康 状 況	お子さんの健康状態をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> アレルギー（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
		疾病・障がいなどの有無をお知らせください。 ・疾病（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） ・障がい（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） ・発達の遅れ（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）					
		障がい者手帳（身体・精神・療育）をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 障がい者手帳（身体・精神・療育） _____ 級（度）					
		保育上で配慮が必要なことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ _____ ）					
		予 防 接 種 等	H i b（インフルエンザ菌b型）	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
			小児用肺炎球菌（13価）	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
	4種混合（DPT-I PV）		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目	
	B. C. G		<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない		
	MR混合（麻疹・風疹）		<input type="checkbox"/> I期		<input type="checkbox"/> II期		
水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目				
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目		
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目				