

家庭状況調査書

1. 祖父母の状況について、記載（該当する方に✓）してください。													
祖父母の状況	氏名		年齢	住所・連絡先（国外の場合は国名のみ記載）				児童と同居					
	父方	祖父							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		祖母			電話	-	-		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	母方	祖父							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
祖母				電話	-	-		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
2. 父母の状況について、該当する欄すべてに記載（または✓）してください。													
不存在（理由に✓）		父 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他				母 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他							
就労（採用内定含む。）	就労先名												
	就労先住所（実際の就労地）												
	就労開始日（予定日）		年	月	日	採用	年	月	日	採用			
	※長期休暇・休業中の場合も、復職予定日ではなく、その会社に就職した日を記載。 ※就労が内定している場合、勤務開始予定日を記載。												
	仕事の内容												
	就労日数		<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		日	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		日			
	就労時間（正規の時間）		通常	時	分	～	時	分	通常	時	分		
			変則	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		時間（休憩含む。）	変則	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		時間（休憩含む。）	
育児休業取得の有無（予定含む。） 有の場合は期間を記載		<input type="checkbox"/> 有（		年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 有（		年	月	日	から
		<input type="checkbox"/> 無		年	月	日	迄）	<input type="checkbox"/> 無		年	月	日	迄）
前職		<input type="checkbox"/> 有		年	月	日	退職	<input type="checkbox"/> 有		年	月	日	退職
求職活動をしている場合		採用内定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合、前項「就労」も記載してください。				採用内定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合、前項「就労」も記載してください。							
出産						予定日		年	月	日			
病気・障害	病名												
	状況		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中				<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中						
	期間			年	月	日から		年	月	日から			
			年	月	日迄		年	月	日迄				
障害等級		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛の手帳		級（度）		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛の手帳		級（度）					
看介護	看護・介護状況	別紙 看護・介護状況申告書を提出してください。											
就学・職業訓練	学校名												
	就学日数		<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		日	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月		日			
	就学時間			時	分	～		時	分	迄			
	就学期間			年	月	日から		年	月	日から			
			年	月	日迄		年	月	日迄				
災害復旧	状況												
3. 家庭の状況について、記載（または✓）してください。													
生活保護の適用		<input type="checkbox"/> 有		年	月	開始	<input type="checkbox"/> 過去に有		年	月	迄		
障害者手帳 愛の手帳 障害基礎年金受給者 特別児童扶養手当の支給対象児		父母と生計を同じくしている家族のうち、身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛の手帳をお持ちの方、障害基礎年金受給者、特別児童扶養手当の支給対象児はいますか？ ※「いる」の場合、手帳のコピーや手当等を受給していることが分かるもののコピーを提出してください。											
		<input type="checkbox"/> いる				<input type="checkbox"/> いない							