

家庭状況調査書

児童氏名	平成 令和	年	月	日	保護者氏名 (申請者氏名)
	平成 令和	年	月	日	
	平成 令和	年	月	日	

		父	母
就労状況	勤務先		
	勤務地の住所	(自宅外・自宅) <input type="checkbox"/> 単身赴任	(自宅外・自宅) <input type="checkbox"/> 単身赴任
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他()
	雇用期間	昭和・平成・令和 年 月 日から	昭和・平成・令和 年 月 日から
	勤務内容	(自営業の場合のみ記入)	(自営業の場合のみ記入)
	就労時間	① 時 分 ~ 時 分 ② 時 分 ~ 時 分 ③ 時 分 ~ 時 分 上記のうち、休憩時間(時間 分)	① 時 分 ~ 時 分 ② 時 分 ~ 時 分 ③ 時 分 ~ 時 分 上記のうち、休憩時間(時間 分)
	休日	定休(毎週 曜日)又は(月間 日休み)	定休(毎週 曜日)又は(月間 日休み)
妊娠・出産	出産(予定)日	令和 年 月 日	
	産後		
本人の疾病・障害	疾病	傷病名 () 入院期間 (昭・平・令 年 月 ~ 年 月) 通院回数 (年間・月間・週間 回) 1回あたりの診察時間 (時間 分)	傷病名 () 入院期間 (昭・平・令 年 月 ~ 年 月) 通院回数 (年間・月間・週間 回) 1回あたりの診察時間 (時間 分)
	障害者手帳等	身体障害者手帳 ()級 療育手帳 (A・B) 精神障害者保健福祉手帳 ()級	身体障害者手帳 ()級 療育手帳 (A・B) 精神障害者保健福祉手帳 ()級
	対象者	氏名()児童との続柄()	氏名()児童との続柄()
他人の介護・看護	症状	傷病名 () 障害者手帳等(身障・療育・精神 級) 介護認定 (要介護・要支援)	傷病名 () 障害者手帳等(身障・療育・精神 級) 介護認定 (要介護・要支援)
	状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院・通所・通学(常時付添・週間 回付添) 1回あたりの付添時間(時間 分)	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院・通所・通学(常時付添・週間 回付添) 1回あたりの付添時間(時間 分)
	求職状況	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 採用予定(月 日) <input type="checkbox"/> 保育施設を利用できたら求職活動する	<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 採用予定(月 日) <input type="checkbox"/> 保育施設を利用できたら求職活動する
就学	就学先		
	卒業予定	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	卒業後	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他()
その他	<input type="checkbox"/> 離婚協議中 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 日から)		

		氏名	生年月日	住所(児童と別居の場合のみ記入)
		児童との居住	就労	健康状態
祖父母の状況	父方	祖父	明・大・昭・平 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病(傷病名) <input type="checkbox"/> その他
	母方	祖母	明・大・昭・平 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病(傷病名) <input type="checkbox"/> その他

