

【記入例】

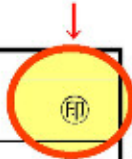
利用状況届

平成30年4月23日

H30改定
(宛先)
川崎市 福祉事務所長

ご捺印ください。

フリガナ	カワサキ タロウ
氏名	川崎 太郎
保護者住所	〒210-8570 川崎市川崎区宮本町1番地 子ども育てマンション101
電話	044(000)0000 080(0000)0000



※保護者住所、送付先に変更がある場合、記入してください。

フリガナ	氏名
住所	〒 -
電話	

住所・送付先に変更がある場合はこの欄に記入してください。

フリガナ	氏名
住所	〒 -

次のとおり現況を届け出ます。

届出日 平成30年5月18日

児童所	フリガナ	カワサキ イチロウ	生年月日	平成〇年〇月〇日生
	氏名	川崎 一郎	入所施設	宮本町 保育園 保育室
	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		入所施設	保育園 保育室
	氏名		入所施設	保育園 保育室

保育所等を利用されているお子様（全員）の氏名・生年月日・入所施設を御記入ください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ	氏名	性別	続柄	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳	
	1	カワサキ	タロウ	男	世帯主	大正 昭和 平成	〇年△月●日	(株)〇〇サービス
	川崎	太郎	女					
2	カワサキ	サチコ	男	妻	大正 昭和 平成	△年〇月〇日	△△△△(株)	<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
	川崎	幸子	女					
3	カワサキ	タマヨ	男	母	大正 昭和 平成	〇年〇月〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成〇年△月から)
	川崎	多摩代	女					
4	カワサキ	ジロウ	男	次男	大正 昭和 平成	●年〇月△日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
	川崎	二郎	女					
5			男		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
			女		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
6			男		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
			女		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
7			男		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)
			女		大正 昭和 平成	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月から)

同居している方と、単身赴任等の保護者をすべてご記入ください。

<< 裏面もご記入ください。 >>

記入にあたっての注意事項等

- ・記入にあたってはボールペンを使用してください。
- ・消せるボールペンは使用不可です。
- ・訂正の場合は二重線を引き、訂正印を押してください。
- ・きょうだいで入所の場合も提出は1部のみとなります。

家庭状況書

↓該当する状況にチェック・記入してください。

必要とする理由	保護者の状況	配偶者の状況
	<input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労(産休・育休) <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他() <input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 就労(産休・育休) <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
	出産予定: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	出産予定日: 平成 年 月 日

働いている場合	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 中心者 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他: ()
	勤務先	名称: (株)〇〇サービス	名称: △△△△(株)
		所在地: 東京都〇〇区●●町1-1-1	所在地: 川崎市麻生区〇〇3-1-1
		電話: 03-XXXX-XXXX	電話: 044-XXXX-XXXX
	通勤手段・時間	徒歩・自転車・バス・自動車・ <input checked="" type="checkbox"/> 電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 1 時間 20 分 (往復時間を記入してください。)	徒歩・自転車・バス・自動車・ <input checked="" type="checkbox"/> 電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 1 時間 30 分 (往復時間を記入してください。)
	前年4月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: 〇〇〇〇(株) 就労期間: 28年4月1日～30年3月31日 ② 就労先名: (株)〇〇サービス 就労期間: 30年4月1日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: 就労期間: 年 月 日～ 年 月 日 ② 就労先名: 就労期間: 年 月 日～ 年 月 日

就労状況を記入してください。

就学中の場合	学校名	就学要件に該当の方は記入してください。(学校名・通学手段・在学期間)	
	通学手段・時間	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 時間 分 (往復時間を記入してください。)	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他() ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 時間 分 (往復時間を記入してください。)
	期間	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで
疾病・障害等の場合	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) 〇〇病 (手帳交付) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

転居予定が有の場合は、転居先住所、時期を記入してください。

転居予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (転居先: 川崎市宮前区〇〇町1-1-1) (転居時期: 平成30年6月1日頃)
本年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所: 本年1月1日時点の住所を記入してください。(同じ場合は現住所と同じにチェック) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ: △△市●●区□□町100-101

生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない (担当福祉事務所: 福祉事務所) <input type="checkbox"/> 受けている ⇒ 平成 年 月 日から (担当ケースワーカー:)
ひとり親の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居⇒ 調停: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 証明書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他 () 平成 年 月 日頃から

必要書類	利用状況届	
	保育を必要とすることを証明する書類(就労証明等)	保護者
	保育を必要とすることを証明する書類(就労証明等)	配偶者

福祉事務所使用欄	
----------	--