第７号様式（第15条関係）　　※裏面も御記入ください。

令和９年度　入所児童家庭状況報告書

狛江市長　宛て

保護者		●連絡先
	居住地　　狛江市 《住民登録　有・無　》	第１希望 自宅・勤務先（父・母） 携帯電話（父・母）その他（　） （　　－　　－　　）
	ふりがな 氏名	第２希望 自宅・勤務先（父・母） 携帯電話（父・母）その他（　） （　　－　　－　　）
	令和８年１月１日現在の住所（現住所と異なるとき記入してください。）	第３希望 自宅・勤務先（父・母） 携帯電話（父・母）その他（　） （　　－　　－　　）

入所児童				
	ふりがな 氏　名			
	生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	保育施設名			
	令和９年４月１日時点年齢	歳　箇月（性別：　）	歳　箇月（性別：　）	歳　箇月（性別：　）

家庭状況（入所児童を除く同居者を全員記入してください。）

氏　名	続　柄	性　別	生　年　月　日	年齢	職業・通学（園）先
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		

祖父母の状況

		氏　名	生　年　月　日	年齢	職　業	住　所	生　計
母方	祖父		年　月　日				同一・別
母方	祖母		年　月　日				同一・別
父方	祖父		年　月　日				同一・別
父方	祖母		年　月　日				同一・別

私は，下記事項について同意します。

1　市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な地方税情報等（保護者，同一世帯者及び同居者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること。
2　利用者負担額（保育料）の算定のために限り，保護者，同一世帯者及び同居者の収入状況に関する報告を求めること並びに本人に通知せずにマイナンバーを利用し地方税情報等を取得すること。
3　子どもの健やかな育ちを支えるため，保育所等での活動状況を市の保健師に伝えること。
4　記載事項に虚偽があった場合に，保育の実施を解除すること。

年　月　日　保護者氏名

裏面も御記入ください。

確認欄（記入不要です。）

◎本年度住民税課税証明書（父・母・　）
◎就労証明書（父・母・　）
◎その他（　）

収受印		受付	入力

保護者の状況

該当する項目を〇で囲み，下欄の該当箇所を記入してください。（災害･求職は不要）		父 ・ 母 ・ その他（　　）の状況 外勤 ・ 居宅外自営 ・ 居宅内自営 内職 ・ 不存在 ・ 別居 ・ 疾病 障がい・介護・災害・就学等・求職 その他（　　）	父 ・ 母 ・ その他（　　）の状況 外勤 ・ 居宅外自営 ・ 居宅内自営 内職 ・ 不存在 ・ 別居 ・ 疾病 障がい・介護・災害・就学等・求職 その他（　　）
外勤・自営・内職・就学等	事業所名		
	勤務先住所		
	電話番号		
	勤務時間	時　分 から　時　分 まで 週　日勤務	時　分 から　時　分 まで 週　日勤務
	仕事の内容		
	採用･入学年月日	年　月　日	年　月　日
	育児休業取得状況（現在の状況）	取得していない ・ 取得している 年　月　日 から　年　月　日 まで	取得していない ・ 取得している 年　月　日 から　年　月　日 まで
	育児時間取得期間及び勤務時間（時間短縮勤務）（現在の状況）	取得していない ・ 取得している 年　月　日 から　年　月　日 まで 時　分 から　時　分	取得していない ・ 取得している 年　月　日 から　年　月　日 まで 時　分 から　時　分
疾病・障がい	疾病･障がい名		
	障害者手帳等	有（　級･度）・ 無	有（　級･度）・ 無
	要介護認定	有（ 要支援 ・ 要介護 ）・ 無	有（ 要支援 ・ 要介護 ）・ 無
	状況	入院･通院先 （　） 年　月　日から ／ 週 ･月（　）回 自宅療養	入院･通院先 （　） 年　月　日から ／ 週 ･月（　）回 自宅療養
介護	介護を受ける人	氏名:　続柄:	氏名:　続柄:
	障がい･疾病名		
	要介護認定等	要支援(1･2) ・ 要介護(1･2･3･4･5)	要支援(1･2) ・ 要介護(1･2･3･4･5)
	介護の状況	入院･通院先:（　） 入院･通院開始日:　年　月　日 週（　）日･週（　）時間付き添い 家族の在宅介護:週（　）日･週（　）時間	入院･通院先:（　） 入院･通院開始日:　年　月　日 週（　）日･週（　）時間付き添い 家族の在宅介護:週（　）日･週（　）時間
不存在・別居	死亡 ･ 離婚 ･ 未婚 ･ 行方不明 ･ 拘禁 離婚を前提とした別居 その他（　）		
出産	予定日　（出産日） 年　月　日 産休（ 有 ・ 無 ） 年　月　日 まで		

生活保護について

現在，生活保護を受給していますか
いいえ ・ はい　　年　月　日 保護開始