

家庭状況調査票

年 月 日現在

児 童 氏 名		生年 月 日	年 月 日	保 育 所 名	保育所（園）
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

①父母の状況

事 由	父	氏名：	母	氏名：
□就労	□被雇用 □自営業（□中心者 □協力者）		□被雇用 □自営業（□中心者 □協力者）	
	勤務先名称：		勤務先名称：	
	勤務所在地：		勤務所在地：	
	就労時間：1 日 時間、週 時間		就労時間：1 日 時間、週 時間	
	通勤時間：片道 時間 分		通勤時間：片道 時間 分	
□妊娠・出産			分娩予定日： 年 月 日	
□疾病・障害	病名・障害名：		病名・障害名：	
	治療見込み期間：		治療見込み期間：	
□介護・ 看護等	介護時間：1 日 時間・週に 日間		介護時間：1 日 時間・週に 日間	
	介護期間：		介護期間：	
□求職活動	就労予定年月日： 年 月 日		就労予定年月日： 年 月 日	
□就学	学校名：		学校名：	
	就学期間：		就学期間：	
□災害復旧	状況：		状況：	
□虐待・DV				
□その他				

②祖父母の状況

		氏 名	年齢	居住状況	住所（別居の場合のみ記入）	職業等
父 方	祖父			□同居 □別居 □不在		□就労 □無職 □疾病
	祖母			□同居 □別居 □不在		□就労 □無職 □疾病
母 方	祖父			□同居 □別居 □不在		□就労 □無職 □疾病
	祖母			□同居 □別居 □不在		□就労 □無職 □疾病

③世帯の状況（該当する場合は記入してください。）

ひとり親世帯の場合	□死別 □離別 □未婚 □行方不明 □その他（ ）			
世帯員に障害児（者）がいる 場合	氏 名	続柄	生年月日	障害の程度（手帳の種別等級）

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当受給者証、国民年金の障害基礎年金等の証書をお持ちの方

マイナンバー記入用紙

年 月 日

子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付及び子育てのための施設等利用給付の申請
手続に係るマイナンバー（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（以下、「法」という。）に規定する個人番号をいう。以下同じ。）について、以下のとおり届出ます。

保 護 者	住 所	山田町									
	フリガナ	氏 名	児童との関係	生 年 月 日	マイナンバー						
			父	年 月 日							
			母	年 月 日							

児 童 及 び 同 一 生 計 の 世 帯 員	フリガナ	続柄	生 年 月 日	マイナンバー					
	氏 名		年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						

※ 同居の有無に関わらず、税や健康保険で保護者や子どもを扶養にとっている祖父母がいる場合は記入してください。

【備考】● 法第9条に基づき、本申請に係る事務の処理に必要な範囲をこえて利用することはありません。

● 本様式は、法第14に基づき提出していただくものです。

※ 健康子ども課使用欄

本人確認書類	確認書類	
□番号確認	□個人番号カード □通知カード	□住民票の写し □住民票記載事項証明書
	1 点	2 点以上
□身元確認	□個人番号カード □運転免許証 □パスポート □障害者手帳 □在留カードまたは特別永住者証明書 □住民基本台帳カード □その他 ()	□健康保険被保険者証 □年金手帳 □児童扶養手当証書 □特別児童扶養手当証書 □その他 ()