

# 祖父母の状況票

令和 年 月 日

## 1 入園申込児童について

ふりがな		生年月日		利用施設名	
児童名		平成 令和	年 月 日		園

## 2 祖父母の状況について ※年齢については入園日が属する年度の4月1日の年齢を記入してください。

		祖父			祖母						
父 方	所在	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 離別・不明 <input type="checkbox"/> 別居(住所: 都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 離別・不明 <input type="checkbox"/> 別居(住所: 都道府県 市区町村)						
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			昭和 平成 年 月 日 ( 歳)						
	状況	同居の場合は、祖父母それぞれ1つずつ選択し、記入してください(同居以外の場合は以下記入不要)。									
		<input type="checkbox"/> 就労			<input type="checkbox"/> 就労						
		就労状況	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業		就労状況	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業					
		就労先名称			就労先名称						
		既定の就労日数・時間	一日当たり	一月当たり	一月の就労時間	一日当たり	一月当たり	一月の就労時間			
			時間 ×	日 =	時間	時間 ×	日 =	時間			
		※就労証明(申告)書又は内職・農業申告書を添付してください。自営業の場合は別途、確定申告等の証明が必要です。									
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい			<input type="checkbox"/> 疾病・障がい								
傷病名			傷病名								
※診断書の写しを添付してください。手帳等が発行されているかたは、手帳の写しを添付してください。											
<input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護			<input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護								
傷病者氏名			傷病者氏名								
児童との続柄			児童との続柄								
傷病名			傷病名								
※診断書の写しを添付してください。手帳が発行されているかたは、手帳の写しを添付してください。											
<input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> その他 ( )		
母 方	所在	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 離別・不明 <input type="checkbox"/> 別居(住所: 都道府県 市区町村)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死去 <input type="checkbox"/> 離別・不明 <input type="checkbox"/> 別居(住所: 都道府県 市区町村)						
	氏名										
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			昭和 平成 年 月 日 ( 歳)						
	状況	同居の場合は、祖父母それぞれ1つずつ選択し、記入してください(同居以外の場合は以下記入不要)。									
		<input type="checkbox"/> 就労			<input type="checkbox"/> 就労						
		就労状況	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業		就労状況	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業					
		就労先名称			就労先名称						
		既定の就労日数・時間	一日当たり	一月当たり	一月の就労時間	一日当たり	一月当たり	一月の就労時間			
			時間 ×	日 =	時間	時間 ×	日 =	時間			
		※就労証明(申告)書又は内職・農業申告書を添付してください。自営業の場合は別途、確定申告等の証明が必要です。									
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい			<input type="checkbox"/> 疾病・障がい								
傷病名			傷病名								
※診断書の写しを添付してください。手帳等が発行されているかたは、手帳の写しを添付してください。											
<input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護			<input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護								
傷病者氏名			傷病者氏名								
児童との続柄			児童との続柄								
傷病名			傷病名								
※診断書の写しを添付してください。手帳が発行されているかたは、手帳の写しを添付してください。											
<input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> その他 ( )		