

家 族 状 況 表

該当する□にレ印を付け、必要事項について記入してください。

施設名		児童氏名		生年月日		年	月	日
入所児童世帯の状況		<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 母子世帯 <input type="checkbox"/> 父子世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児（者）のいる世帯（入所児童との続柄： ）						
母親の状況	□ 就労状況	就労形態種別	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職					
		就労日数・就労時間	<input type="checkbox"/> 月20日以上7時間以上 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月48時間以上					
		育児休業中	育児休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日					
	□ 就労以外の状況	妊娠・出産	出産(予定)日 年 月 日（母子健康手帳No. ）					
		疾病	入院	入院日 年 月 日～				
			通院	<input type="checkbox"/> 週3日以上 <input type="checkbox"/> 週3日以下 治癒見込み時期 年 月 日				
		障がい	障がい名 （ 級）					
		看護等	病名		病院付添	<input type="checkbox"/> 週3回以上付添 <input type="checkbox"/> 週2回以下付添		
			病人名		居宅看護	<input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他		
		災害復旧						
求職活動		活動内容						
就学中	<input type="checkbox"/> 20日以上 <input type="checkbox"/> 19日～14日 <input type="checkbox"/> 14日未満							
父親の状況	□ 就労状況	就労形態種別	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職					
		就労日数・就労時間	<input type="checkbox"/> 月20日以上7時間以上 <input type="checkbox"/> 月120時間以上 <input type="checkbox"/> 月48時間以上					
		育児休業中	育児休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日					
	□ 就労以外の状況	疾病	<input type="checkbox"/> 入院 入院日 年 月 日～					
		病名	通院	<input type="checkbox"/> 週3日以上 <input type="checkbox"/> 週3日以下 治癒見込み時期 年 月 日				
			障がい	障がい名 （ 級）				
		看護等	病名		病院付添	<input type="checkbox"/> 週3回以上付添 <input type="checkbox"/> 週2回以下付添		
			病人名		居宅看護	<input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他		
		災害復旧						
		求職活動	活動内容					
就学中		<input type="checkbox"/> 20日以上 <input type="checkbox"/> 19日～14日 <input type="checkbox"/> 14日未満						
同居祖母の状況	□ いる	65歳未満	就労	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業（面積 ） <input type="checkbox"/> 内職 勤務日数 約 日 勤務時間 午前 時 分～午後 時 分				
		65歳以上	その他	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 <small>上記の内容を具体的に記入（自営業、農業の場合）仕事内容、（疾病の場合）病名・通院日数・治癒見込み時期、（障がいの場合）障がい名・級・手帳No.</small>				
	□ いない							
同居祖父の状況	□ いる	60歳未満	就労	<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業（面積 ） <input type="checkbox"/> 内職 勤務日数 約 日 勤務時間 午前 時 分～午後 時 分				
		60歳以上	その他	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 <small>上記の内容を具体的に記入（自営業、農業の場合）仕事内容、（疾病の場合）病名・通院日数・治癒見込み時期、（障がいの場合）障がい名・級・手帳No.</small>				
	□ いない							