

家庭状況確認書

放課後児童クラブ				No.1 : 母親				
児童氏名		小学校名 学 年		※R2.4.1 時点の学年	生年月日	平成 年 月 日生		
母親の氏名								
母親の状況	会社等事業所勤務	勤務先(事業所名)						左記について相違ないことを証明します。
		勤務地						令和 年 月 日
		雇用形態	常勤・パート・手伝い・内職・その他( )					住所
		就職年月日	年 月 日					事業所名
		月勤務日数	1ヶ月 約 日					代表者名
		勤務日	月・火・水・木・金・土(○を付けてください。)					印
		勤務時間	時 分～時 分 (1日 時間)					TEL
		月収入	約 円					
	育児・介護休暇期間	年 月 日～ 令和 年 月 日					*事業所の証明は雇用元のものをお願いします。	
	母親の状況	農業	事業主本人	耕作面積	田 a	畑 a	合計 a	事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)
作物名と作業期間				水稻( )	月～月			
			野菜( )	月～月				
			その他( )	月～月				
勤務時間			時 分～時 分 (1日 時間)					
就農日数		1ヶ月 約 日						
中心的耕作者								
事業専従者・手伝い(無償)		耕作面積	田 a	畑 a	合計 a	(事業専従者、手伝いの場合の確認)		
		作物名と作業期間	水稻( )	月～月		左記について相違ないことを証明します。		
		野菜( )	月～月		令和 年 月 日			
	その他( )	月～月		印				
勤務時間	時 分～時 分 (1日 時間)							
就農日数	1ヶ月 約 日							
中心的耕作者								
自営	事業主本人	名称(商号等)						事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)
		職種内容						
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					
		就労日数	1ヶ月 日					
		就労時間	時 分～時 分 (1日 時間)					
	使用人	有( 人) ・ 無						
	月収入	約 円						
	事業専従者・手伝い(無償)	名称(商号等)						(事業専従者、手伝いの場合の確認)
		職種内容						左記について相違ないことを証明します。
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					令和 年 月 日
就労日数		1ヶ月 日						
就労時間		時 分～時 分 (1日 時間)					印	
使用人	有( 人) ・ 無							
月収入	約 円							

母親の状況	ひとり親	死別・離婚・別居（ 年 月 日より） DV・その他[ ]		児童扶養手当証書、ひとり親家庭医療費受給者証、遺族年金証書のいずれかの写し又は戸籍謄本	
	出産・傷病	出産	かかりつけ医院	母子手帳の氏名と分娩予定日のページの写し	
			出産予定日（出産日）		年 月 日
			育児・介護休暇期間		年 月 日～ 令和 年 月 日
		傷病	傷病名		・医師の診断書の写し
	療養期間		年 月 日～ 年 月 日	・身体障害者手帳、精神障害保健福祉手帳の写し	
	入院		日間	・養育手帳、身体障害者手帳の写し	
	通院		月に 日	※手帳をお持ちでない方は、同程度と判断できる書類	
家族看護・介護	被看護者氏名	続柄（ ）		・入院付き添い →入院している方の診断書の写し	
	病名等			・障害者の介護（看護） →介護（看護）を受ける方の障害者手帳写し	
	付添い状況	入院・通院（月 日）・自宅		・老人・病人の介護（看護） →介護（看護）を受ける方の診断書の写し	
	被介護者氏名	続柄（ ）			
	介護の状況				
災害	(状況)		罹災証明書等災害による被災の状況が分かる書類		
就学・研修中	学校名			学生証の写し又は在学証明書、研修中の証明を添付してください。	
	就学・研修期間	年 月 日～ 令和 年 月 日			
	就学時間	時 分 ～ 時 分			
その他	求職活動中等	(状況) ※1ヶ月ごとに状況確認のため、「求職活動状況届出書」を提出してください。1ヶ月ごとの確認が出来ない場合は退所していただくこともあります。 令和 年 月 日から求職活動中			
		ハローワーク求職番号	※ハローワークカード（写）を添付してください		
		(その他)			

放課後児童クラブ						
児童氏名	小学校名 学年	※R2.4.1 時点の学年		生年月日	平成 年 月 日生	
父親の氏名						
父親の状況	会社等事業所勤務	勤務先(事業所名)				左記について相違ないことを証明します。
		勤務地				令和 年 月 日
		雇用形態	常勤・パート・手伝い・内職・その他( )			住所
		就職年月日	年 月 日			事業所名
		月勤務日数	1ヶ月 約 日			代表者名
		勤務日	月・火・水・木・金・土(○を付けてください。)			印
		勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)			TEL
		月収入	約 円			
		育児・介護休暇期間	年 月 日～ 令和 年 月 日			*事業所の証明は雇用元のものをお願いします。
	農業	事業主本人	耕作面積	田 a	畑 a	合計 a
作物名と作業期間			水稻( )		月～ 月	
			野菜( )		月～ 月	
			その他( )		月～ 月	
勤務時間			時 分～ 時 分 (1日 時間)			
就農日数		1ヶ月 約 日				
事業専従者・手伝い(無償)		耕作面積	田 a	畑 a	合計 a	(事業専従者、手伝いの場合の確認)
		作物名と作業期間	水稻( )		月～ 月	左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
			野菜( )		月～ 月	
			その他( )		月～ 月	
	勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)			印	
就農日数	1ヶ月 約 日					
自営	事業主本人	名称(商号等)				事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)
		職種内容				
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)			
		就労日数	1ヶ月 日			
		就労時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)			
	使用人	有( 人) ・ 無				
	月収入	約 円				
	事業専従者・手伝い(無償)	名称(商号等)				(事業専従者、手伝いの場合の確認)
		職種内容				左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)			
就労日数		1ヶ月 日				
就労時間		時 分～ 時 分 (1日 時間)				
使用人	有( 人) ・ 無			印		
月収入	約 円					

父 親 の 状 況	ひとり親	死別・離婚・別居（ 年 月 日より） DV・その他[ ]	児童扶養手当証書、ひとり親家庭医療費受給者証、遺族年金証書のいずれかの写し又は戸籍謄本	
	傷病	傷病名		・医師の診断書の写し
		療養期間	年 月 日～ 年 月 日	・身体障害者手帳、精神障害保健福祉手帳の写し
		入院	日間	・養育手帳、身体障害者手帳の写し
		通院	月に 日	※手帳をお持ちでない方は、同程度と判断できる書類
	家族看護・介護	被看護者氏名	続柄（ ）	・入院付き添い →入院している方の診断書の写し
		病名等		・障害者の介護（看護） →介護（看護）を受ける方の障害者手帳写し
付添い状況		入院・通院（月 日）・自宅	・老人・病人の介護（看護） →介護（看護）を受ける方の診断書の写し	
被介護者氏名		続柄（ ）		
介護の状況				
災害	(状況)		罹災証明書等災害による被災の状況が分かる書類	
就学・研修中	学校名		*学生証の写し又は在学証明書、研修中の証明を添付してください。	
	就学・研修期間	年 月 日～ 令和 年 月 日		
	就学時間	時 分 ～ 時 分		
その他	求職活動中等	(状況) ※1ヶ月ごとに状況確認のため、「求職活動状況届出書」を提出してください。 1ヶ月ごとの確認が出来ない場合は退所していただくこともあります。 令和 年 月 日から求職活動中		
		ハローワーク 求職番号	※ハローワークカード（写）を添付してください	
		(その他)		

放課後児童クラブ				No.3 : 祖父			
児童氏名		小学校名 学 年		※R2.4.1 時点の学年	生年月日	平成 年 月 日生	

祖父の氏名	
-------	--

祖父の状況	会社等事業所勤務	勤務先(事業所名)		左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業所名 代表者名 <span style="float: right;">印</span> TEL *事業所の証明は雇用元のものをお願いします。					
		勤務地							
		雇用形態	常勤・パート・手伝い・内職・その他( )						
		就職年月日	年 月 日						
		月勤務日数	1ヶ月 約 日						
		勤務日	月・火・水・木・金・土(○を付けてください。)						
		勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)						
		月収入	約 円						
		育児・介護休暇期間	年 月 日～ 令和 年 月 日						
	農業	事業主本人	耕作面積	田 a 畑 a 合計 a	事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)				
			作物名と作業期間	水稻( )					月～ 月
				野菜( )					月～ 月
その他( )				月～ 月					
勤務時間			時 分～ 時 分 (1日 時間)						
就農日数		1ヶ月 約 日							
中心的耕作者									
事業専従者・手伝い(無償)		耕作面積	田 a 畑 a 合計 a	(事業専従者、手伝いの場合の確認) 左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 印					
		作物名と作業期間	水稻( )					月～ 月	
			野菜( )					月～ 月	
	その他( )		月～ 月						
	勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)							
就農日数	1ヶ月 約 日								
中心的耕作者									
自営	事業主本人	名称(商号等)		事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)					
		職種内容							
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)						
		就労日数	1ヶ月 日						
		就労時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)						
		使用人	有( 人) ・ 無						
	月収入	約 円							
	事業専従者・手伝い(無償)	名称(商号等)		(事業専従者、手伝いの場合の確認) 左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 印					
		職種内容							
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)						
		就労日数	1ヶ月 日						
		就労時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)						
使用人		有( 人) ・ 無							
月収入	約 円								

祖父の状況	傷病	傷病名		・医師の診断書の写し
		療養期間	年 月 日～ 年 月 日	・身体障害者手帳、精神障害保健福祉手帳の写し
		入院	日間	・養育手帳、身体障害者手帳の写し
		通院	月に 日	※手帳をお持ちでない方は、同程度と判断できる書類
	家族看護・介護	被看護者氏名	続柄 ( )	・入院付き添い →入院している方の診断書の写し
		病名等		・障害者の介護(看護) →介護(看護)を受ける方の障害者手帳写し
		付添い状況	入院・通院(月 日)・自宅	・老人・病人の介護(看護) →介護(看護)を受ける方の診断書の写し
		被介護者氏名	続柄 ( )	
		介護の状況		
	災害	(状況)		罹災証明書等災害による被災の状況が分かる書類
就学・研修中	学校名		* 学生証の写し又は在学証明書、研修中の証明を添付してください。	
	就学・研修期間	年 月 日～ 令和 年 月 日		
	就学時間	時 分 ～ 時 分		
その他	求職活動中等	(状況) ※1ヶ月ごとに状況確認のため、「求職活動状況届出書」を提出してください。1ヶ月ごとの確認が出来ない場合は退所していただくこともあります。 令和 年 月 日から求職活動中		
		ハローワーク求職番号	※ハローワークカード(写)を添付してください。	
		(その他)		

放課後児童クラブ				No.4 : 祖母				
児童氏名	小学校名 学 年	※R2.4.1 時原の学年	生年月日	平成	年	月	日生	
祖母の氏名								
祖母の状況	会社等事業所勤務	勤務先(事業所名)						左記について相違ないことを証明します。
		勤務地						令和 年 月 日
		雇用形態	常勤・パート・手伝い・内職・その他( )					住所
		就職年月日	年 月 日					事業所名
		月勤務日数	1ヶ月 約 日					代表者名
		勤務日	月・火・水・木・金・土(○を付けてください。)					印
		勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)					TEL
		月収入	約 円					
		育児・介護休暇期間	年 月 日～ 令和 年 月 日					*事業所の証明は雇用元のものをお願いします。
祖母の状況	農業	事業主本人	耕作面積	田 a	畑 a	合計 a	事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)	
			作物名と作業期間	水稻( )		月～ 月		
				野菜( )		月～ 月		
				その他( )		月～ 月		
			勤務時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)				
	就農日数	1ヶ月 約 日						
			中心的耕作者					
	農業	事業専従者・手伝い(無償)	耕作面積	田 a	畑 a	合計 a	(事業専従者、手伝いの場合の確認)	
			作物名と作業期間	水稻( )		月～ 月	左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	
				野菜( )		月～ 月		
その他( )				月～ 月				
勤務時間			時 分～ 時 分 (1日 時間)					印
就農日数	1ヶ月 約 日							
自営	事業主本人	名称(商号等)						事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など)
		職種内容						
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					
		就労日数	1ヶ月 日					
		就労時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)					
		使用人	有( 人) ・ 無					
	月収入	約 円						
	事業専従者・手伝い(無償)	名称(商号等)						(事業専従者、手伝いの場合の確認)
		職種内容						左記について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					
		就労日数	1ヶ月 日					
		就労時間	時 分～ 時 分 (1日 時間)					
使用人		有( 人) ・ 無					印	
月収入	約 円							

祖母の状況	傷病	傷病名		・医師の診断書の写し
		療養期間	年 月 日～ 年 月 日	・身体障害者手帳、精神障害保健福祉手帳の写し
		入院	日間	・養育手帳、身体障害者手帳の写し
		通院	月に 日	※手帳をお持ちでない方は、同程度と判断できる書類
	家族看護・介護	被看護者氏名	続柄 ( )	・入院付き添い →入院している方の診断書の写し
		病名等		・障害者の介護(看護) →介護(看護)を受ける方の障害者手帳写し
		付添い状況	入院・通院(月 日)・自宅	・老人・病人の介護(看護) →介護(看護)を受ける方の診断書の写し
		被介護者氏名	続柄 ( )	
		介護の状況		
	災害	(状況)		罹災証明書等災害による被災の状況が分かる書類
就学・研修中	学校名		*学生証の写し又は在学証明書、研修中の証明を添付してください。	
	就学・研修期間	年 月 日～ 令和 年 月 日		
	就学時間	時 分 ～ 時 分		
その他	求職活動中等	(状況) ※1ヶ月ごとに状況確認のため、「求職活動状況届出書」を提出してください。 1ヶ月ごとの確認が出来ない場合は退園していただくこともあります。 令和 年 月 日から求職活動中		
		ハローワーク 求職番号	※ハローワークカード(写)を添付してください	
		(その他)		



放課後児童クラブ

No.1：母親

児童氏名	〇〇 〇〇	小学校名 学年	〇〇小学校 1年生	※R2.4.1 時点の学年	生年月日	平成●●年●●月●●日生
------	-------	------------	--------------	------------------	------	--------------

母親の氏名	〇〇 〇〇
-------	-------

母親の状況	会社等事業所勤務	勤務先(事業所名)	株式会社△〇カンパニー			左記について相違ないことを証明します。 令和元年 〇月 〇日 住所 山梨県甲府市丸の内・ 事業所名 株式会社△〇カンパニー 代表者名 〇〇 〇〇 TEL 055-223-..... *育児・介護休暇中の場合についても、休暇を取得する前の勤務状態を上記に記入してください。お願いします。		
		勤務地	△〇ショップ 〇〇店					
		雇用形態	常勤 <input checked="" type="radio"/> パート・手伝い・内職・その他 ( )					
		就職年月日	令和元年 11月 1日					
		月勤務日数	1ヶ月 約 22日					
		勤務日	<input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土(〇を付けてください。)					
		勤務時間	8時30分～18時30分 (1日10時間)					
		月收入	約 300,000 円					
		育児・介護休暇期間	令和〇〇年 〇月 〇日～ 令和〇〇年 〇月 〇日					
	農業	事業主本人	耕作面積	田 20a	畑 20a	合計 40a	事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など) (事業専従者、手伝いの場合の確認) 左記について相違ないことを証明します。 令和〇〇年 〇月 〇日 〇〇 〇〇	
			作物名と作業期間	水稻 ( )		4月～10月		
				野菜(大根等)		9月～1月		
勤務時間		8時00分～16時30分 (1日9.5時間)						
就農日数		1ヶ月 約 19日						
中心的耕作者		〇〇 〇〇						
自営	事業主本人	名称(商号等)	★★コスメ			事業の実施が確認できる書類を添付してください。 (確定申告書収支内訳書写し、営業許可証写し、会社の登記事項証明書写し、個人事業の開業届写 など) (事業専従者、手伝いの場合の確認) 左記について相違ないことを証明します。 令和〇〇年 〇月 〇日 〇〇 〇〇		
		職種内容	販売員					
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					
	就労日数	1ヶ月約 20日						
	就労時間	9時00分～16時30分 (1日7.5時間)						
	使用人	<input checked="" type="radio"/> 有 (2人) ・ 無し						
事業専従者・手伝い(無償)	事業主本人	名称(商号等)	★★コスメ			左記について相違ないことを証明します。 令和〇〇年 〇月 〇日 〇〇 〇〇		
		職種内容	販売員					
		従事場所	職場と住居が(同一・隣接・別箇所)					
	就労日数	1ヶ月約 20日						
	就労時間	9時00分～16時30分 (1日7.5時間)						
	使用人	<input type="radio"/> 有 ( ) ・ 無し						
月收入	約 100,000 円							

必ず会社印(朱印)を押印してください。



母親が「会社等勤務」の場合は、必ず事業所の証明を受けてください。

育児・介護休暇中の場合についても、休暇を取得する前の勤務状態を上記に記入してください。

必ず雇用主が押印してください。



必ず雇用主が押印してください。



母親の状況	ひとり親	死別・離婚・別居（ 年 月 日より） DV・その他[		児童扶養手当証書、ひとり親家庭医療費受給者証、遺族年金証書のいずれかの写し又は戸籍謄本	
	出産・傷病	出産	かかりつけ医院 △医院	母子手帳の氏名と分娩予定日のページの写し	
			出産予定日 (出産日)		令和〇〇年 〇月 〇日
		育児・介護休暇期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		
	傷病	傷病名	右足骨折		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の診断書の写し</li> <li>・身体障害者手帳、精神障害保健福祉手帳の写し</li> <li>・養育手帳、身体障害者手帳の写し</li> </ul> ※手帳をお持ちでない方は、同程度と判断できる書類
		療養期間	令和〇〇年〇月〇日～ 令和〇〇年〇月〇日		
		入院	90日間		
通院		月に 10日			
家族看護・介護	被看護者氏名	〇〇 〇〇 続柄 (義母)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院付き添い →入院している方の診断書の写し</li> <li>・障害者の介護 (看護) →介護(看護)を受ける方の障害者手帳写し</li> <li>・老人・病人の介護 (看護) →介護(看護)を受ける方の診断書の写し</li> </ul> 障害者手帳をお持ちの方は、その写しを添付してください。	
	病名等	〇〇症候群			
	付添い状況	入院・通院(月 8日)・自宅			
	被介護者氏名	〇〇 〇〇 続柄 (義父)			
	介護の状況	食事の介助			
災害	(状況)			罹災証明書等災害による被災の状況が分かる書類	
就学・研修中	学校名	〇〇産業大学		要件が就学による方のみ記入してください。 ※会社等の研修の場合は、この欄に記入しない 在学証明書、研修中の証明を添付してください。	
	就学・研修期間	令和〇〇年 〇月 〇日～ 令和〇〇年 〇月 〇日			
	就学時間	8時30分 ～15時 30分			
その他	求職活動中等	(状況) ※1ヶ月ごとに状況確認のため、「求職活動状況届出書」を提出してください。1ヶ月ごとの確認が出来ない場合は退園していただくこととなります。令和 年 月 日から求職 具体的に記入してください。			
		ハローワーク 求職番号	12345-6789	※ハローワークカード(写)を添付してください。	
		(その他)			