

利用調整調査票（その1）

◎ 父母の状況

該当する箇所に「○」印若しくはチェックまたは必要事項を記入してください。

		父親の状況		母親の状況		
保育が必要な理由	勤務中・就労内定 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） 年 月 日 ～ 年 月 日	勤務中・就労内定 育休中（育休短縮：可・不可 育休延長：可・不可） 年 月 日 ～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 私は、利用調整において通常通りの順位付けとなることを希望します。 <input type="checkbox"/> 私は、育児休業を延長することが可能であり、利用調整において他の利用希望者よりも後の順位付け順位付けとなることに不服はありません（本事項に該当しなくなった場合は速やかに申し立てます）。			
	入所後に求職活動する・現在求職活動中 過去3か月以内の失業による求職中 就学中・就学予定	入所後に求職活動する・現在求職活動中 過去3か月以内の失業による求職中 就学中・就学予定	通勤・通学時間（ 時間 分）			
	疾病・介護・看護・その他（ ）	疾病・介護・看護・その他（ ）	障がい <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（ ）級			
	※別紙証明内容のとおり（ ）		出産予定 無・有（予定日 令和 年 月 日）			
	※別紙証明内容のとおり（ ）		※別紙証明内容のとおり（ ）			
	不在	死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ） 児童扶養手当の認定 無・申請中・有	不在	死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ） 児童扶養手当の認定 無・申請中・有		
	住所（市町村） （予定）	H31.1.1時点 <input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> （ ）市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 海外 R2.1.1時点 <input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> （ ）市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 海外	H31.1.1時点 <input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> （ ）市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 海外 R2.1.1時点 <input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> （ ）市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 海外			

◎ 祖父母等の状況

該当する箇所に「○」印または、必要事項を記入してください。（離婚に伴う幼少期の別離の場合は「離婚」や「音信不通」、「交流なし」等と記入）

※令和2年4月1日現在の年齢を記載してください。

		祖父等の状況		祖母等の状況	
父方	氏名	（ 歳）	氏名	（ 歳）	
	住所	同居 別居（住所 ）	住所	同居・祖父等と同じ 別居（住所 ）	
	状況	就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ）	状況	就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ）	
母方	氏名	（ 歳）	氏名	（ 歳）	
	住所	同居 別居（住所 ）	住所	同居・祖父等と同じ 別居（住所 ）	
	状況	就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ）	状況	就労・障がい・疾病・介護・看護・死亡 その他（ ）	

※同居の祖父母等及び別居の祖父母等（1km圏内居住）で65歳未満であり、保育できない場合は、「保育理由証明及び申告書」が必要です。

◎ 就学前の兄弟姉妹の状況

小学校就学前の兄弟姉妹がいる場合、該当する箇所に「○」印または必要事項を記入してください。

氏名	続柄	年齢生年月日	年齢	状況
		H R . .		に（利用申込中・在園中）・その他（ ）
		H R . .		に（利用申込中・在園中）・その他（ ）

◎ 兄弟姉妹で利用申込をしている場合

利用調整時に必要となりますので、十分ご検討のうえ記入してください。

兄弟姉妹が別々の保育施設等であれば利用できる場合、利用を希望するか。	<input type="checkbox"/> 別々でも利用する <input type="checkbox"/> 別々なら利用しない
兄弟姉妹全員が同時に利用できる場合、どちらを希望するか。	<input type="checkbox"/> 同じ保育施設等の利用を希望する（希望順位が下でも同じ保育施設等の利用を希望する場合） <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別々でもそれぞれの希望順位の高い保育施設等の利用を希望する
兄弟姉妹のうち、1人だけ利用できる場合、利用を希望するか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※兄弟姉妹で上の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない
※兄弟姉妹で下の子のみ利用できる場合、利用を希望するか。	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない
※1人だけ利用する場合、利用できない子どもの保育はどうするか。	

※上記に当てはまらない場合等は、申込の際に別途、区保健福祉センターに申し出てください。

◎ 世帯の状況

該当する場合、番号に「○」印または必要事項を記入してください。

1 日常的に介護が必要な家族がいる 介護を担う人（ 父 ・ 母 ） ※父母いずれかに限る 対象者：身体障がい者手帳3級以上・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳の所持者もしくは要介護1以上の認定者 → 対象となることが分かる書類を添付してください。（障がい者手帳（写）、介護保険被保険者証（写））	氏名	子どもとの続柄	介護の頻度	日/週
住所	同居・別居（住所 ）			
2 上記の介護が必要な家族を除いて、世帯に障がい者手帳所持者がいる。（障がい者手帳（写）を添付してください。）	氏名	子どもとの続柄		