

家庭環境状況表

令和 年 月 日現在

| | | | | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|-------------|
| 園 児 | ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生（満 歳） |
| | 名 前 | | | | | |
| | 現住所 | 〒 海田町 | | | 電話番号 | |
| 保護者 （父母 など） | ふりがな | | | 園児との続柄 | 生年月日 | 年 月 日生（満 歳） |
| | 名 前 | | | | | |
| | 勤務先名 | | | | 住 所 | |
| | | | | | 電話番号 | |
| | ふりがな | | | 園児との続柄 | 生年月日 | 年 月 日生（満 歳） |
| | 名 前 | | | | | |
| 勤務先名 | | | | 住 所 | | |
| | | | | 電話番号 | | |
| 家族構成 （園児、 保護者を 除くきょうだい、 祖父母などの同居 家族） | 名前（ふりがな） | | 園児との続柄 | 生年月日 | | 勤務先、学校、学年 |
| | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日生（満 歳） | | |
| | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日生（満 歳） | | |
| | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日生（満 歳） | | |
| | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日生（満 歳） | | |
| | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日生（満 歳） | | |
| 緊急連絡先 優先順位順 ①～⑥ | ①名前 | | ②名前 | | ③名前 | |
| | 園児との続柄（ ） | | 園児との続柄（ ） | | 園児との続柄（ ） | |
| | 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | | 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | | 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | |
| | ④名前 | | ⑤名前 | | ⑥名前 | |
| 園児との続柄（ ） | | 園児との続柄（ ） | | 園児との続柄（ ） | | |
| 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | | 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | | 電話番号 自宅・携帯・勤務先（ ） | | |
| 健康保険 | 種 類 （該当に○をして ください。） | 健康保険（組合） 国民健康保険 共済組合 その他（ ） | | | | |
| | 資格取得年月日 | | | 事業所名称 | | |
| | 記 号 | | | 保 険 者 名 | | |
| | 番 号 | | | 保険者番号 | | |
| 公費負担医療 制度の状況 | 種類 （該当に○をして ください。） | 乳児医療 ひとり親医療 生活保護 その他（ ） | | | | |
| | 公費負担番号 | | | 受給者番号 | | |
| かかり つけ 医療機関 | 診療科目 | 医療機関名 | | 市区町村 | 電話番号 | |
| | 小児科 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 通園状態 | 自宅から保育園までの距離 | | 約 . km | | | |
| | 通園方法（該当に○をしてください。） | | 徒歩 自転車 自家用車 その他（ ） | | | |
| | 通園に要する時間（片道） | | 約 分 | | | |
| | 登園時間 時 分ごろ | | 降園時間 時 分ごろ | | 備考 | |
| | 主な付添者の名前 園児との続柄 | | 主な付添者の名前 園児との続柄 | | | |