

# 世帯状況確認票

① 申請児童

(ふりがな) 氏名	生年月日	障がい の有無	備考
	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

② 世帯の状況（申請児童と同居するすべての世帯員を記入してください。別世帯に保護者がいる場合や修学・療養等の都合上別居している子どもがいる場合は、その方も含めて記入してください。）

(ふりがな) 氏名	児童との 続柄	生年月日	職業（勤務先） または学校名等	障がい の有無	R7.1.1 現在の住民 登録地	備考
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 函館市 <input type="checkbox"/> 他の市区町村	
	個人番号					

生活保護・中国残留邦人等支援給付の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用あり（ 年 月 日 開始）・ <input type="checkbox"/> 適用なし
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（婚姻歴 <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし）・ <input type="checkbox"/> 左記以外
小学校1～3年生までの兄・姉がいる場合	R7年度（ ）人 ・ R8年度（ ）人

- ※ 世帯の状況は、利用者負担額の算定に必要となりますので、明確に記入してください。
- ※ 上記□欄は、該当する□にチェック（☑）してください。
- ※ 世帯分離している場合でも、同一住所に居住している場合は世帯の状況に記入してください。