

世帯状況・収入等申告書

申告日 令和 年 月 日

小田原市福祉事務所長 様

次のとおり申告します。また、住民税の課税状況等を公簿等で確認することについて同意します。

申告者（保護者）

保護者 住 所	
保護者 氏 名	

収入状況を確認する対象となる期間 令和6年(2024年)1月1日 ~ 令和6年(2024年)12月31日

1. 世帯の状況等について

	ふりがな 氏 名	生年月日	現在通っている 施設
利用 児童		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 放課後児童クラブ

利用 児童と の続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	居住 状況	障害 サービ スの利用	生活 保護 受給	令和7年1月1日 時点の住所地
保護者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 小田原市 <input type="checkbox"/> 市外 ( ) ※市外は個人番号を記入 個人番号:
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 小田原市 <input type="checkbox"/> 市外 ( ) ※市外は個人番号を記入 個人番号:
同居 している 兄弟姉妹・ 祖父母		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

(記入上の注意)

- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。
- 世帯員の増減や退職等により、収入状況に変更があったときは、再度この申告書を提出ください。

放課後等デイサービスの利用申請をされる方は裏面をご記入ください

## 放課後等デイサービスの利用申請をされる方のみご記入ください

### 2. 利用児童の標準利用日数に☑をつけてください。

障害者手帳の有無 通級状況	(身体) 1～2級 (療育) A1～A2 (精神) 1級	(身体) 3～6級 (療育) B1～B2 (精神) 2～3級	障害者手帳なし
特別支援学校・ 支援級（通級指導教室を含む）	□月23日まで	□月20日まで	□月15日まで
通常級	□月20日まで	□月15日まで	□月10日まで

⇒申請書に記載した希望日数が標準利用日数の範囲内の場合そのまま申請ください。

希望日数が標準利用日数を超える場合のみ、次の項目を記入ください。

### 3. 利用希望日数が標準利用日数を超える場合、保護者・きょうだいの状況について、該当する要件すべてに✓をつけ、詳細をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 保護者が共に月60時間以上就労している。	父	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労先が内定または復職予定		<b>【提出書類】</b> 就労証明書 ※内定または復職予定の方は予定日から3か月以内に提出ください。		
		就労状況をご記入ください。				
			<b>【就労時間】</b> 1か月 _____ 時間 (※休憩含む)	<b>【就労日数】</b> 1か月 _____ 日	<b>【就労曜日】※固定勤務の方のみ</b> ☑を付けてください <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	母	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労先が内定または復職予定		<b>【提出書類】</b> 就労証明書 ※内定または復職予定の方は予定日から3か月以内に提出ください。		
就労状況をご記入ください。						
		<b>【就労時間】</b> 1か月 _____ 時間 (※休憩含む)	<b>【就労日数】</b> 1か月 _____ 日	<b>【就労曜日】※固定勤務の方のみ</b> ☑を付けてください <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		
<input type="checkbox"/> 利用児童が医療的ケア児もしくは重症心身障害児である。				<b>【提出書類】</b> ※医療的ケア児のみ 医療的ケア判定スコア表		
<input type="checkbox"/> きょうだいに障がい児（身体障害手帳1～2級・療育手帳A1～A2・精神障害手帳1級）がいる。						
<input type="checkbox"/> 保護者が介護等を必要とする。	父	<input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい（手帳 _____ 級） <input type="checkbox"/> 介護（介護度 _____ ）		<b>【提出書類】</b> 市から求められた場合 医師による診断書		
	母	<input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 障がい（手帳 _____ 級） <input type="checkbox"/> 介護（介護度 _____ ）				
		<b>【療養状況】</b> <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院・自宅療養 <input type="checkbox"/> ヘルパー・訪問看護利用				
		<b>【療養状況】</b> <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院・自宅療養 <input type="checkbox"/> ヘルパー・訪問看護利用				
<input type="checkbox"/> 上記のどれにも当てはまらないが、配慮すべき特別な事情がある。 ※個別に聞き取りを行いますので、申告書の提出前に市障がい福祉課へお電話ください。						

※記載の内容に事実と相違があった場合、支給の決定を取り消す場合があります。記載内容に変更が生じた場合は速やかに申告してください。

以 上