

3 世帯内の障害がある人の有無（おもて面1, 2に記載した申請児童・世帯員に限る）

障害がある人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下記も記載してください。）		
氏名			
障害の内容を選んで等級を記入	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給（※） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）（※） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給（※） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）（※） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給（※） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）（※） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給

※ 療育手帳、障害基礎年金受給証の写しの提出が必要です。その他については、添付は不要ですが、京都市で内容が確認できない場合、提出を依頼することがあります。

4 世帯状況

ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（死別・離婚・未婚・その他（ ））
別居者の有無と対象者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（父・母・子（ ）・その他（ ））
別居理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 離婚協議中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
別居の場合の住所	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（保護開始月 年 月）担当CW（ ）

5 祖父母の状況（年齢は認定開始希望日時点を記入してください）

父方祖父	氏名	年齢	職業	健康状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 不明
	別居の場合の住所 (市・区・町・村)				
父方祖母	氏名	年齢	職業	健康状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 不明
	別居の場合の住所 <input type="checkbox"/> 父方祖父と同じ (市・区・町・村)				
母方祖父	氏名	年齢	職業	健康状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 不明
	別居の場合の住所 (市・区・町・村)				
母方祖母	氏名	年齢	職業	健康状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 不明
	別居の場合の住所 <input type="checkbox"/> 母方祖父と同じ (市・区・町・村)				

【これより下の欄は、保育利用の申込みをされる方のみ御記入ください】

6 保育が必要な理由（それぞれ主なものを1つ選択）

父 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労（内定含む） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）
母 その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労（内定含む） <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ）

7 出産予定の有無

出産予定	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 出産予定日（ 年 月 日） 出産後の予定 <input type="checkbox"/> 育児休業取得（終了予定 年 月頃） <input type="checkbox"/> 仕事復帰 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 本様式の提出の際は、個人番号（マイナンバー）申告書様式1(3)の添付が必要です。