様式第1号(第9条関係)

一時保育利用申込書

年　　月　　日

川島町長　　　　様

保護者　住所

氏名

電話　 (　　　)

一時保育事業の利用を次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | フリガナ | 　 | 続柄 | 性別 | 　　　生　年　月　日 | 年齢 |
| 氏名 | 　 | 　 | 男・女 | 　　　　年　月　日生 | 歳 |
| 世帯の状況 | 　氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先等(会社・自営) | 勤務時間 |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 　 | 　 | 　　．　． | 歳 | 　 | 　：　～　： |
| 申込種別(理由) | 1　非定型的保育サービス(会社名等　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 2　緊急保育サービス | 傷病、災害、事故、出産、看護、介護、冠婚葬祭、その他　　　　　 |
| 3　育児リフレッシュサービス |
| 希望保育時間 | 　　　年　月　日～　　　年　月　日(月・火・水・木・金・土) |
| 　　時　　分～　　時　　分 | 送迎者名 | (続柄　　　) |
| 緊急連絡先 | 父親 | 連絡先 | 電話 | その他連絡先(携帯電話等) |
| 母親 | 　 | 　 | 　 |
| その他の者(　　　　) | 　 | 　 | 　 |
| 児童の発育状況 | ※　裏面、一時保育・児童の発育状況等申し出書へ記載 |
| 利用料 | 　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | (1)　就労証明(有・無)(2)　診断書(有・無)(3)　その他(　　　　　　　　　　　　　) |

(裏面)

一時保育・児童の発育状況等申し出書

年　　月　　日(　)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | フリガナ氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生(　歳) |
| 児童の発育状況 | 身長 | 　　　　　cm |
| 体重 | 　　　　　kg |
| 既往歴 | 　なし　あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 発達 | 　普通　遅い　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| アレルギー | 　なし　あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ことば | 　普通　遅い　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 当日の健康時状態 | 健康状態 | 　普通・悪い(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 体温 | 　　　　　℃(平常時体温　　　℃) |
| 外傷 | 　なし・あり(しっしん等含む)　　　　　　　　　 |
| 予防接種の状況 | ポリオ | 　済み・未接種 |
| 三種混合 | 　済み・未接種 |
| はしか | 　済み・未接種 |
| 風しん | 　済み・未接種 |
| 日本脳炎 | 　済み・未接種 |
| 結核 | 　済み・未接種 |
| 好き・嫌い等 | 食べ物 | 　なし・あり(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 人見知り | ― | 　なし・あり(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 性格 | 自己申告 | 　 |
| 遊び | 好きな遊び | 　 |
| 常備品(ぬいぐるみ等) | ― | 　なし　あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他、特に必要とする事項 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

(添付書類)

勤務(及び内職)証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　埼玉県比企郡川島町(大字) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日生 |
| 勤務種別 | 　正規　・　パート　・　内職　・　自営　・その他(　　　　　) |
| 就労時間 | 　　(月～金)午前　　時　　分～午後　　時　　分　　(土)　　午後　　時　　分～午後　　時　　分 |
| 通勤時間 | 　片道　　　で　　時間　　分 |
| 就職年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 仕事の内容(職種等) | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 収入状況(月収) | 　　　　　　　　　　円 |

　上記は事実と相違ないことを証明いたします。

　　　　　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所の名称

事業所代表者

事業所の電話　　　　(　　　)

　川島町長　　　　様