

年 月 日

保護者 住所 _____
氏名 _____
電話 () _____

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					
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