認可外保育施設の利用証明書

逗子市長 あて

年 月 日

施設名称	
代表者名	
施設所在地	
電話番号	
担当者名	
担当者連絡先	

次のとおり、利用していることを証明します。

(フリガナ)			
利用児童氏名		児童生年月日	年 月 日
保護者氏名			
住 所	逗子市		
保 育 場 所	☐ 私設保育施設（認可外保育施設） ☐ 居宅訪問（ベビーシッター） ☐ その他（ ）		
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで （終期がある場合は記入してください）		
利用方法等	☐ 1日ごとに予約をする ☐ 1か月ごとに予約をする ☐ 上記利用期間は予約済 ☐ その他（ ）		
利用理由	☐ 就労 ☐ 求職活動 ☐ 出産 ☐ 病気・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 施設では未把握 ☐ その他（ ）		
利用状況	☐ 週3日以上 ☐ それ以外（ ）		
	☐ 1日4時間以上 ☐ それ以外（ ）		
	☐ 週16時間以上 ☐ それ以外（ ）		
※週3日以上、1日4時間以上、週16時間以上継続的に利用している場合、入所調整時に加点对象となります。			
利用時間	時 分 から 時 分 まで ※利用時間が一定ではない場合は備考欄にご記入ください		
直近3か月の 利用実績	年 月の利用日数： 日 (☐ 実績 ☐ 予定)	年 月の利用日数： 日 (☐ 実績 ☐ 予定)	年 月の利用日数： 日 (☐ 実績 ☐ 予定)
	※利用実績がない場合は今後の予定を記入してください。予定が不確定の場合は空欄で結構です。		
備 考			

【認可外保育施設の方へ】

○上記事項について漏れのないようご記入ください。また、訂正される場合は修正液等を使用せず二重線で消し訂正印を押印願います。

○この証明書は、保育所等入所のために使用するもので、他の目的に使用することはありません。記載内容や記入漏れの箇所等について、照会させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

○事実に相違した場合は保育所等を利用できなくなる場合があります。

認可外保育施設の利用証明書

逗子市長 あて

令和6年10月21日

【記入例】

施設名称	〇〇病院保育室
代表者名	逗子 福男
施設所在地	逗子市逗子〇丁目〇番〇号
電話番号	046-873-1111
担当者名	逗子 福子
担当者連絡先	046-873-1111

次のとおり、利用していることを証明します。

(フリガナ)	ズシ シロウ	児童生年月日	令和4年4月6日
利用児童氏名	逗子 二郎		
保護者氏名	逗子 花子		
住所	逗子市 逗子〇丁目〇番〇号		
保育場所	☒ 私設保育施設（認可外保育施設） ☐ 居宅訪問（ベビーシッター） ☐ その他（ ）		
利用期間	令和6年7月1日から 年 月 日まで (終期がある場合は記入してください)		
利用方法等	☐ 1日ごとに予約をする ☐ 1か月ごとに予約をする ☐ 上記利用期間は予約済 ☒ その他（母の勤務(シフト)に合わせて予約）		
利用理由	☒ 就労 ☐ 求職活動 ☐ 出産 ☐ 病気・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 施設では未把握 ☐ その他（ ）		
利用状況	☒ 週3日以上 ☐ それ以外（ ）		
	☒ 1日4時間以上 ☐ それ以外（ ）		
	☒ 週16時間以上 ☐ それ以外（ ）		
	※週3日以上、1日4時間以上、週16時間以上継続的に利用している場合、入所調整時に加点对象となります。		
利用時間	時 分 から 時 分 まで ※利用時間が一定ではない場合は備考欄にご記入ください		
直近3か月の利用実績	6年7月の利用日数:16日 (☒ 実績 ☐ 予定)	6年8月の利用日数:18日 (☒ 実績 ☐ 予定)	6年9月の利用日数:17日 (☐ 実績 ☒ 予定)
	※利用実績がない場合は今後の予定を記入してください。予定が不確定の場合は空欄で結構です。		
備考	院内保育。母の勤務(シフト)に合わせて保育室を利用。 利用時間は ①7:00~15:00 ②12:00~20:00 ③9:00~17:00 のいずれか		

【認可外保育施設の方へ】

○上記事項について漏れのないようご記入ください。また、訂正される場合は修正液等を使用せず二重線で消し訂正印を押印願います。

○この証明書は、保育所等入所のために使用するもので、他の目的に使用することはありません。記載内容や記入漏れの箇所等について、照会させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

○事実に相違した場合は保育所等を利用できなくなる場合があります。