

保育室等在籍証明書

令和 年 月 日

(宛先) 滑川町長

所在地 _____

施設名 _____

代表者氏名 _____ 印

連絡先 _____

担当者氏名 _____

以下の児童を当施設にて保育していることを証明します。

児 童	生年月日	年 月 日
保護者氏名		
住 所		
施設種類	<input type="checkbox"/> 家庭保育室 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利 用 日	月・火・水・木・金・土・日 (週 日・月 日)	
利用時間	時 分 ~ 時 分 (延長保育を含む)	
保 育 料	月額 円・日額 円・1時間 円・延長保育料 円	

注意事項

- 1 事業所の代表者印の無いものは無効となります。
- 2 事業所の代表者に記入・証明してもらってください。
- 3 訂正があった場合はお手数でも事業所の代表者の訂正印を押印してください。
- 4 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は、入所の決定を取り消すことがあります。
- 5 記載内容について、滑川町健康福祉課より保育室等に確認することがありますのでご了承ください。

※この証明書は、保育所入所事務のために必要なものです。

記入に関して、ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

【問合せ先】 滑川町健康福祉課福祉担当 TEL0493-56-2056 (直通)