

年 月 日

(あて先) 昭島市長

申請者 住 所
氏 名

ベビーシッター利用支援事業 対象者確認届出書
(コロナ休園用)

ベビーシッター利用支援事業の対象である旨を、次のとおり確認願います。

被確認者 (確認が必要な子)

フリガナ 氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 同上
電話番号	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 ※対象者確認書について、メールでの受領も希望する場合は記載してください。
保育認定・区分	<input type="checkbox"/> 現在、就労要件である 保育標準時間 (相当) ・ 保育短時間相当 (相当)

	日 付	担 当
園 受 付	/	
受 付	/	
押 印	/	
交 付	/	

収 受 印

(事務処理欄)

本事業の利用可能期間 (臨時休園等の期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日