

ここに記載された個人情報は、昭島市の保育事業にのみ使用し、他の目的に使用することはありません。

保 育 受 託 証 明 書

(あて先) 昭 島 市 長

年 月 日

保育の受託者（施設の代表者）

住所又は所在地

施 設 名

氏名又は代表者名

印

電 話 番 号

以下のとおり証明します。

保護者氏名			
住 所	昭島市		
児 童 氏 名	生 年 月 日	年	月 日
	卒園予定日	年	月 日
児 童 氏 名	生 年 月 日	年	月 日
	卒園予定日	年	月 日
保 育 開 始	年 月 日 利用期間 年 か月	保 育 料	<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 時間額 円
保 育 場 所	<input type="checkbox"/> 東京都認証保育所 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育所 <input type="checkbox"/> ベビーシッター <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保 育 状 況	月 極 利 用	受 託 日 : 月・火・水・木・金・土・日	
		受託時間 : 時 分 ~ 時 分	
		受託日数 : 1 週間 日 / 1 か月 日	
		月の利用時間 : <input type="checkbox"/> 月 160 時間以上 <input type="checkbox"/> 月 160 時間未満	

※訂正箇所には訂正印が必要です。(訂正印のないものは無効です。)なお、確認のため照会させていただくことがあります。

※利用期間が3か月未満の場合は、本証明は不要です。

【問合せ先】 昭島市子ども家庭部子ども子育て支援課子ども子育て支援係
(直通) 042-544-4189 (代表) 042-544-5111 内線 2162~2165