

**認可外保育施設の方へ（お願い）**

この証明書は、認可外保育施設利用者への保育料負担軽減補助金支給事務のために使用するものです。

- ・不明な点について、直接照会させていただくことがあります。
- ・虚偽の証明、鉛筆や消せるボールペンで記入されたもの、スタンプ浸透印を使用したものは無効です。
- ・修正する場合は、代表者の訂正印を押印してください。（修正液不可）

世田谷区長 あて

**契 約 内 容 証 明 書**

（保護者氏名） \_\_\_\_\_

の当施設との契約状況について、以下のとおり証明いたします。

フリガナ 契約児童氏名			
児童生年月日	年	月	日
契約開始日	年	月	日から
保育状況	<input type="checkbox"/> 月ぎめ	時 分 から 時 分 まで 月・火・水・木・金・土・日 の 週 ____ 日 ※曜日に○をつけてください。	
	<input type="checkbox"/> 一時保育		
保育料	<input type="checkbox"/> 月ぎめ	月額 円	ターム制 月 ~ 月 利用分 円
	<input type="checkbox"/> 一時保育	日額 円	時間制 1時間 円 その他 ( )
認可外 保育施設 届出種別 ・ 証明書発行日	<input type="checkbox"/> ベビーホテル	認可外保育施設指導監督基準 を満たす証明書発行日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他	認可外保育施設指導監督基準 を満たす証明書発行日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 事業所内 院内	認可外保育施設指導監督基準 を満たす証明書発行日	年 月 日
※上記の証明書が発行されていない施設は、補助対象外となりますのでご注意ください。			
備 考			

証明日 年 月 日

施設名称 \_\_\_\_\_

証明書発行者名 \_\_\_\_\_

施設所在地 \_\_\_\_\_

発行者直通電話番号 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

----- 以下は、保護者の方が記入してください。 -----

**保護者記入欄**

※児童の保護者は、この欄内のみ記入してください。

認可保育園 申込有無	<input type="checkbox"/> あり	入園申込日 年 月 日	入園希望月 年 月
	<input type="checkbox"/> なし	※ベビーホテル・その他施設をご利用の場合、利用者支援の補助金は、認可保育園の入園待機となったお子さまの保護者の方あての補助金のため、入園申込をされていない方は対象外となります。（多子世帯支援の補助金は、保育の必要性の認定をお持ちであれば対象です）	

※申込有無について不明であれば、区で確認をしますので空欄でご提出ください。