

世田谷区ベビーシッター利用支援事業（事業者連携型） 対象者確認申請書

私は、表題事業の利用約款に同意し、東京都のベビーシッター利用支援事業（事業者連携型）の対象者であることの確認書の交付を申請します。また、審査にあたり、次の事項に同意します。

1. 申請者および当該児童が、区内に居住していることを区が住民基本台帳で確認すること。
2. 区の保育システムに登録されている個人情報を読覧すること。

なお、下記の内容に事実と異なる記載があった場合は、確認書は無効となることに異議を申し立てません。

（保護者記載欄）

申請年月日	年 月 日
申請者（保護者）氏名	フリガナ
	氏名
住所	〒
電話番号	
利用児童氏名	フリガナ
	氏名
児童生年月日	年 月 日
利用者区分	当てはまる区分にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 待機児童の保護者 <input type="checkbox"/> 育児休業満了者（0歳児で保育所等への入所申込みをせず1年間の育児休業を満了した後、お子さんの1歳の誕生日から復職する保護者）
復職予定日（復職日）	令和 年 月 日
<p>【重要】 下記内容に同意の上、チェックをお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 認証保育所、世田谷区保育室・保育ママ、企業主導型保育施設、無認可保育施設、事業所内・院内保育施設利用者向けの保育料負担軽減補助金との併用はできません。 <input type="checkbox"/> （「待機児童の保護者」のみ）令和8年度の認可保育所等の利用決定の辞退又は退園をしていません。	

（区処理欄）

宛名番号		クラス年齢	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
利用者区分	待機児童 ・ 育休満了	通園先有無	なし :
認定期間		認定区分	標準時間 ・ 短時間
利用を認める期間	～		: 対象外
処理日・担当者	1次: / ()	2次: / ()	
備考			