

# 保育受託証明書

稲城市長 殿

施設名称 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_

施設所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以下のとおりであることを証明します。

証明日	年 月 日		
都道府県または市町村への 認可外保育施設の届出	行っている ・ 行っていない		
ふりがな 保護者氏名			
ふりがな 児童氏名	生年月日 (クラス)	年 月 日 ( 歳児クラス)	
利用開始日	年 月 日		
利用実績	週 4 日以上 かつ 6 か月以上		

※週 4 日以上かつ 6 か月以上継続して利用している実績が、保育受託証明書により証明できる場合にのみ、調整指数の加点対象となります。施設は、該当しない場合は、記載しないでください。

※施設のある都道府県または市町村に認可外保育施設の届出を行っているかどうかは、保護者の方が直接、施設の所在自治体に確認してください。届出がない施設は、調整指数の加点対象外です。