

保育施設利用証明書

年 月 日

平群町長 様

| 保護者記入欄 |         |         |         |
|--------|---------|---------|---------|
| 児童氏名   |         |         |         |
| 生年月日   | R 年 月 日 | R 年 月 日 | R 年 月 日 |

| 事業所等記入欄                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------------|-------|
| ※内容について、事業所等に無断で作成し又は改変を行ったときは、無効とし、保育の実施を解除（入所申込を取消）します。 |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 児童氏名                                                      |                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日 | 年 月 日 | 利用開始<br>年月日 | 年 月 日 |
| 利用理由                                                      | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護<br><input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（                      ） |      |       |             |       |
| 施設種別                                                      | <input type="checkbox"/> 認可外施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> その他（                      ）                                                                                                                        |      |       |             |       |
| 利用状況                                                      | <input type="checkbox"/> 有料で1か月以上前から、週4日以上かつ1日4時間以上利用している。<br><input type="checkbox"/> 1か月を経過していないが、有料で週4日以上かつ1日4時間以上利用している。<br><input type="checkbox"/> 上記に該当しない。                                                                          |      |       |             |       |
| 備考                                                        |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 平群町長 宛                                                    |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 上記のとおり、証明します。                                             |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 証明日 年 月 日                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 所在地                                                       |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 施設名                                                       |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 代表者 印                                                     |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |
| 電話番号                                                      |                                                                                                                                                                                                                                             |      |       |             |       |

（注意事項）  
※本証明書を提出していても、下記利用調整に関する基準に該当しない場合は、利用調整指数に加点されません。

（参考）利用調整に関する基準  
○認可外保育施設などに有料で1か月以上前から、週4日以上かつ1日4時間以上の預託をしている場合（3点）  
※就労等保育認定に該当する事由のため預託している場合に限る  
○認可外保育施設などに有料で預託してから1か月を経過していないが、週4日以上かつ1日4時間以上の預託をしている場合（一時預かり事業の利用を除く）（2点）  
※就労等保育認定に該当する事由のため預託している場合に限る