

# 一時預かり事業利用実績証明書

稲城市長 殿

施設名称  
施設長氏名  
施設所在地  
電話番号

以下のとおり証明します。

証明日	年 月 日		
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)
利用実績 ※直近4ヶ月分	年 月	利用日数 日	
	年 月	利用日数 日	
	年 月	利用日数 日	
	年 月	利用日数 日	

**※以下は児童の保護者が記入してください**

※ 保育所入所選考における調整指数の対象となるのは、特定教育・保育施設(認可保育所、認定こども園、新制度の幼稚園等)又は東京都認証保育所その他都道府県に届出のある認可外保育施設が実施する一時預かり事業を、週平均3日以上かつ継続して4か月以上利用している実績が、証明書によって証明できる場合に限りです。

※ 複数施設で利用している場合は、それぞれの施設の証明書により合算が週平均3日以上かつ継続して4か月以上であれば対象となります。

(ふりがな) 児童氏名	( )	( )	( )
在籍(申請)施設名 ※申請施設は第1希望を 記入してください。			