

年 月 日

認可外保育施設等利用（予定）証明書

市川市長 宛

施設名
代表者名 印
施設所在地
電話番号
取扱担当者名

下記の児童の保育を（実施 ・ 予定）していることを証明します。

児童名	氏名	年 月 日（歳）
保護者	住所	
	氏名	
種別	認可外保育施設・事業所内保育施設・居宅訪問型保育・その他（ ）	
契約内容	月極め・その他（ ）	貴施設の都道府県等の届出 済・その他（ ）
利用開始日	年 月 日から（利用中 ・ 利用開始予定）（該当箇所に○）	
利用（予定）時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 1日 時間	
利用日数	月 ・ 週 _____日間（利用中 ・ 利用予定）（該当箇所に○）	
保育料	月額・日額（該当箇所に○） _____ 円	

<以下本人記入欄>

●保護者の要件確認	復職予定（有 ・ 無）※有の場合下段に「復職日」を記入
復職予定日	年 月 日 復職予定

児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	保育園(申込)
児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	保育園(申込)

記載にあたってのお願い

項 目	記載内容
種 別	<p>該当する施設種別にマルをしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●認可外保育施設 <ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉法第 59 条の 2 に基づき都道府県知事等に届出行い運営をする施設 ※児童福祉法施行規則第 49 条の 2 第 1 号の該当施設、仕事・子育て両立支援事業を実施するものを除きます。 ●事業所内保育施設 ※市町村から認可を受けたものを除きます。 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業員の児童を対象とした保育事業を行う施設 ・児童福祉法施行規則第 49 条の 2 第 1 号イ、ロ若しくはハに規定する施設 ・仕事・子育て両立支援事業として政府が行う企業主導型保育事業費補助金の交付を受けている施設 ●居宅訪問型保育（ベビーシッター）※市町村から認可を受けたものを除きます。 <ul style="list-style-type: none"> 乳児・幼児の居宅において保育者による保育を行う事業 ●その他 上記以外の施設。カッコ書きに詳しくご記入ください。
契約内容	<ul style="list-style-type: none"> ●月極め <ul style="list-style-type: none"> 1 か月単位で契約をしており、継続して利用することができる契約。 ●その他 <ul style="list-style-type: none"> 上記以外の契約になります。 但し、継続的な利用が出来る場合はその旨を記載ください。
都道府県への届出	<p>平成 28 年 4 月からは、法人・個人の別、事業の規模にかかわらず、全ての事業者 に都道府県、中核市等への届出が義務づけられています。（児童福祉法施行規則第 49 条の 2 第 1 号に定めのある施設を除く）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●済 <ul style="list-style-type: none"> 都道府県知事に届出を行っている場合にマルをしてください。 ●その他 <ul style="list-style-type: none"> 都道府県知事に届出を行っていない場合にマルをしてください。児童福祉法 施行規則第 49 条の 2 第 1 号に定めのある施設については、カッコ内に「不要」 とご記入ください。

この書類についての問い合わせ先

【問合せ先】 市川市役所 こども施設入園課 TEL 047-334-1111（代表）