

# 保育施設入所保留証明願

瀬戸内市長様  
瀬戸内市福祉事務所長様

令和 年 月 日

下記児童について、保育施設の入所が保留となっていることを証明願います。

申請者	住所			
	氏名		連絡先	- -
対象児童の 氏名及び 生年月日	1	( 年 月 日生 )		
	2	( 年 月 日生 )		
	3	( 年 月 日生 )		
	4	( 年 月 日生 )		
	5	( 年 月 日生 )		
第1希望施設				
入所希望月	令和 年 月 1日			
証明を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 育児休業延長のため <input type="checkbox"/> 育児休業給付金申請のため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
証明内容	<input type="checkbox"/> 1歳に達する日の翌日時点で入所保留中であること <input type="checkbox"/> 1歳6か月に達する日の翌日時点で入所保留中であること <input type="checkbox"/> 入所希望日から年度末まで入所保留中であること <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 時点で入所保留中であること			