

施設在所（予定）証明書

年 月 日

四 日 市 市 長 宛

下記児童が、当施設に〔在所中・入所予定〕であることを証明します。

フリガナ
児 童 名

(. . 生)

在園（予定）期間

年 月 日より

年 月 日まで

施設名

施設管理者氏名

印

以下保護者記入欄

保育料多子軽減対象児童

保護者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

フリガナ
児 童 名 _____ (. . 生)

施設名 _____