

様式第1号（第4条関係）

ベビーシッター利用支援事業 対象者確認申請書

年 月 日

（提出先）
足立区教育委員会

郵便番号 〒 _____

住 所 足立区 _____

フリガナ

申請者（保護者）氏 名 _____（児童との続柄： _____）

電話番号（携帯） _____

電話番号（自宅） _____

（※）本人（申請者）が署名しない場合は記名押印してください。

足立区ベビーシッター利用支援事業（事業者連携型）実施要綱第4条に基づき、確認書の交付について下記のとおり申請します。また、申請に当たり、足立区教育委員会が、確認書交付の可否を審査するため、足立区が保有する個人情報を見ることがあります。

なお、下記の内容に事実と異なる記載があった場合は、確認書が無効になることに異論はありません。

利用児童	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
利用区分	<input type="checkbox"/> 待機児童の保護者 <input type="checkbox"/> 育児休業満了者	
現在利用中の認可外保育施設	<input type="checkbox"/> ある（施設名： _____） <input type="checkbox"/> ない	
保護者の復職予定日	※ 産休・育休中で復職予定の方は、記載をお願いします。 年 月 日	
（待機児童の保護者のみ） 保護者同意欄	※ 下記内容を同意のうえ、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 本事業の利用中は、認可保育施設の入所が決定するまで申し込みを継続して行うこと	
（育児休業満了者のみ） 保護者同意欄	※ 下記内容を同意のうえ、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 1年間の育児休業取得後に復職すること <input type="checkbox"/> 復職後に翌年度4月入所（1歳児クラス）の申し込みを行うこと	

【区記入欄】

保育認定区分	<input type="checkbox"/> 標準時間	利用を認める 期間	令和 年 月 日～
	<input type="checkbox"/> 短時間		令和 年 月 日