保育所等記入欄	世帯ID		児童名		生年月日	年　月　日	施設名	
市記入欄	園・父・母・他（　　）　/　来庁・FAX						受付	

在　籍（在　園）　証　明　書

川口市長　あて

下記の児童は、本施設に在籍（在園）していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

施　設　名　称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代　表　者　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

所　　在　　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　番　号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担　当　者　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※担当者氏名が記入されている場合、押印の省略可。

下記枠内についても、保育施設が記入してください。

施設種別	※該当する施設種別の□欄にチェック（✓）をしてください。 □保育所・地域型保育事業所・事業所内保育事業所 □認定こども園（1号）　□認定こども園（2.3号） □認可幼稚園　□企業主導型保育所　□認可外保育施設 □児童発達支援・特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設・居宅訪問型発達支援 医療型発達支援		
住所			
保護者氏名			
児童氏名		生年月日	年　月　日
利用日	□月　□火　□水　□木　□金　□土　□日 ※該当する曜日の□欄にチェック（✓）をしてください。		
利用（在園）時間	時　分　～　時　分 ※曜日によって時間が異なる場合は、最も多い利用時間帯を記入してください。		
利用料金	□月額（　円）　□日額（　円）　□時間（　円） □無償化により無償 ※該当する料金形態の□欄にチェック（✓）をし、（　）内に金額を記入してください。		
利用開始（入園）日	年　月　日		

※証明書の内容について、川口市から照会することがありますので、あらかじめご了承ください。
※本証明書は、在籍施設にて作成してください。在籍施設に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。虚偽及び事実と異なる証明はすべて無効です。

問い合わせ先：川口市保育幼稚園課入所係　ＴＥＬ：０４８－２５９－９０４３