

年 月 日

みどり市福祉事務所長 様

在 園 証 明 書

住 所 みどり市

保護者氏名 _____

保育施設名 _____

入所児童名 _____

保育施設入所児童の（ 兄 ・ 姉 ）である _____ は、
令和 _____ 年度に下記施設

- | | |
|----------------|------------------|
| 1 認可外保育施設（託児所） | 5 肢体不自由児施設通園部 |
| 2 特別支援学校幼稚部 | 6 情緒障害児短期治療施設通所部 |
| 3 知的障害児通園施設 | 7 児童デイサービス（利用者） |
| 4 難聴幼児通園施設 | 8 その他（ _____ ） |

※該当する施設の番号に○

に入所または入所予定（ただし7については利用）していることを証明します。

【施設証明欄】

年 月 日

所在地

名 称

代表者