

〇〇〇〇 (施設名) 利用に当たって

〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇〇〇 様

(設置者名) 〇〇〇〇

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。

- ◇ 保育内容・料金
- ◇ 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額
- ◇ 提携する医療機関・所在地・提携内容
- ◇ その他条件等

※当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。

(担当者氏名) 〇〇〇〇 (職名 :)
(担当者連絡先) TEL 01-2345-6789
(受付時間)

施設の概要

- 施設の名称・所在地
- 設置者氏名 (名称) ・住所 (所在地)
- 管理者 (施設長) 氏名

※当施設は児童福祉法第 35 条の認可を受けていない保育施設 (認可外保育施設) として、同法第 59 条の 2 に基づき都道府県への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先 : 〇〇県 (〇〇部〇〇課) TEL01-2222-3333】

(記載例)

〇〇〇〇（施設名）利用に当たって

〇年〇月〇日

（契約者名）〇〇〇〇 様

（設置者名）〇〇〇〇

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。

◇ 保育内容・料金

利用児童	〇〇〇〇（〇〇年〇月〇日生 〇歳〇か月）	
利用形態	月極契約	
利用期間	〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	
利用時間	月曜日～金曜日 午前8時～午後5時	
料 金	入会金	×××円（初回のみ）
	利用料	ひと月×××円
	その他	食事代、おむつ代等は別に定める料金表により、利用に応じて徴収致します。

※詳しい保育内容については、別添の「〇〇〇保育室利用のしおり」のとおりです。

◇ 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

保 険 の 種 類	
保 険 事 故 (内容)	
保 険 金 額	***円

※詳しくは、別添の「〇〇保険のしおり」をご覧ください。

◇ 提携する医療機関・所在地・提携内容

当施設は、△△△病院と提携しており、お子さまが急に発病した場合や、けがを負った場合にお連れすることとしています。

また、月極保育のお子さまに対しては、△△△病院の医師による年〇回の定期健康診断を実施します。

【医療機関】 △△△病院

【所 在 地】 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 1-10-20

◇ その他条件等

利用に当たっては、別添の「〇〇〇保育室利用規約」記載事項を遵守してください。

※当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。

（担当者氏名） 〇〇〇〇 （職名：主任保育士）

（担当者連絡先） TEL 01-2345-6789

（受 付 時 間） 午前8時～午後5時

施設の概要

- 施設の名称・所在地 〇〇〇保育室
〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 ABCビル2階
- 設置者・住所 〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇4-5-6
- 施設長 〇〇〇〇

※当施設は児童福祉法第35条の認可を受けていない保育施設（認可外保育施設）として、同法第59条の2に基づき都道府県への設置届出を義務付けられた施設です。
【設置届出先：〇〇県（〇〇部〇〇課） TEL01-2222-3333】