様式15：交付書面様式（第59条の２の４）

○ ○ 保 育 室 利 用 に 当 た っ て

○年○月○日

（契約者名） ○○○○ 様

○○株式会社

代表取締役社長　○○○○ ㊞

　　　　　　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 | ○○○○　（　○年○月○日生　○歳○か月） |
| 利用形態 | 月極保育 |
| 利用期間 | ○年○月○日～平成○年○月○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、利用に応じて徴収いたします。 |

※　詳しい保育内容については、別添の「○○○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「○○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○回の定期健康診断を実施します。

　　　　【医療機関】△△△病院　　【所 在 地】〒○○○―○○○○ 静岡県○○市○○　１－10－20

◇　その他条件等

　　　◎　利用に当たっては、別添の「○○○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） 　○○○○（職名：主任保育士）（担当者連絡先） ℡ 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　　○○○保育室　静岡県○○市○○１－２－３　ＡＢＣビル２階

◎　設置者・住所　　○○○○　　　静岡県○○市○○４－５－６

◎　施設長・住所　　○○○○　　　静岡県○○市○○７－８－９

※当施設は児童福祉法第34条の15第２項若しくは第35条第４項の認可又は認定こども園法第17条第１項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　静岡県（健康福祉部こども未来局こども未来課）　TEL　054-221-2928】