（交付書面）（児童福祉法第５９条の２の４）

○○○保育室利用に当たって

平成○○年○○月○○日

　（契約者名）○○　○○様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役社長　○○　○○　　印

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 | ○○　○○（平成○○年○○月○○日生　○歳○か月） |
| 利用形態 | 月極保育 |
| 利用期間 | 平成○○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

|  |  |
| --- | --- |
| 保険の種類 | 傷害保険、賠償保険 |
| 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】　〒○○○－○○○○　埼玉県○○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）　　０４８－２３４－５６７８

（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（川口市○○１―２―３）

　○　設置者氏名(名称)・住所(所在地)　〇〇　〇〇（川口市○○４―５―６）

　○　管理者(施設長)氏名・住所　〇〇　〇〇（川口市○○７―８―９）

　※当施設は児童福祉法第３４条の１５第２項若しくは同法第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に基づき市への設置届出を義務づけられた施設です。

【設置届出先：川口市(子ども部子ども総務課)　℡　048－２８０－１１１１】