※書面交付　記載例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　○○○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○ヶ月） |
| 利用形態 | 月極保育 |
| 利用期間 | ○年○月○日～○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、利用に応じて徴収致します。 |

　　　※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】　〒○○○―○○○○　山口県○○市○○2-3-4◇　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）　TEL　012-345-6789（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　○○○保育室山口県○○市○○1-2-3○設置者・住所　　　　○○○○　　　　　　　　　　　○○県○○市○○4-5-6○施設長・住所　　　　○○○○　　　　　　　　　　　○○県○○市○○7-8-9※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：山口県（健康福祉部こども・子育て応援局こども政策課）　℡083-933-2747】 |