

〇〇〇保育室利用に当たって

〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇〇〇様

〇〇株式会社
代表取締役社長 〇〇〇〇 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	〇〇〇〇 (〇年〇月〇日生 〇歳〇ヶ月)	
利用形態	月極保育	
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、利用に応じて徴収いたします。

※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。

◆利用者に対するの保険の種類・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	普通傷害保険	賠償責任保険
保険事故 (内容)	死亡・後遺障害 / * * * * 円	対人 / * * * * 円
／保険金額	入院保険日額 / * * * * 円	対物 / * * * * 円
	通院保険日額 / * * * * 円	1 事故につき / * * * * 円

※詳しくは、別添の「〇〇〇保険のしおり」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—〇〇〇〇千葉県船橋市〇〇1—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
 〒〇〇〇—〇〇〇〇
 千葉県船橋市〇〇1—2—3××ビル〇階

設置者・所在地 〇〇株式会社 (代表〇〇〇〇)
 〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇4—5—6

管理者 (施設長) 〇〇〇〇

※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項の認可又は就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律第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、児童福祉法第59条の2に基づき船橋市への設置届出を義務付けられた施設です。
 設置届出先 船橋市 (こども家庭部 保育運営課 TEL 047-436-2500)