（書面交付様式）※【記載例】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ○○○○（施設名）利用に当たって |

令和○年○月○日　　（契約者名）○○○○　様（設置者名）○○○○　　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 | 月極契約 |
| 利用期間 | 令和○年○月○日～令和○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】　〒○○○－○○○○ ○○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） 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　○○○保育室　　　　　　　　　　　　○○県○○市○○１－２－３　ＡＢＣビル２階○　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：熊本県（健康福祉部 子ども未来課）℡096-333-2227】 |