様式１３（別表関係）

○○（施設名）の利用に当たって

|  |
| --- |
| 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　◇　利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額　◇　提携する医療機関・所在地・提携内容◇　その他条件等　　　※ 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： 　　　）（担当者連絡先） ℡（受付時間）**施設の概要**○　施設の名称・所在地 ○　設置者氏名（名称）・住所（所在地） ○　管理者（施設長）氏名・住所　 ※　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に基づき佐世保市への設置届出を義務付けられた施設です。 　　　　　　　　【設置届出先：佐世保市（子ども未来部保育幼稚園課）℡0956-24-1111】 |

（様式１３の記載例）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○○○保育室の利用に当たって　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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 | ○○　○○（令和○年○月○日生　○歳○か月） |
| 利用形態 | 月極保育 |
| 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。　　　　　　【医療機関名】　△△△病院　　　　　　【所　在　地】　〒123-4567　○○市○○１２３－４５◇　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） ℡ 0123-45-6789（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○　設置者氏名（名称）　　○○○○住所（所在地）　○○県○○市○○４－５－６ ○　管理者（施設長）氏名　○○　○○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に基づき佐世保市への設置届出を義務付けられた施設です。 　　　　　　【設置届出先：佐世保市（子ども未来部保育幼稚園課）　℡0956-24-1111】 |