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】 |