

(保育施設名)

〇〇〇〇〇〇

施設の所在地
事業開始年月日
設置者
管理者(施設長)

提供する保育サービス

◇開所時間

◇定員

◇保育内容・利用料金

※変更があった場合は、当該変更の内容及びその理由も記入すること

◇保育従事者等の配置

※法第 6 条の 3 第 9 項に規定する業務を目的とする施設、同条第 12 項に規定する業務を目的とする施設(1日に保育する乳幼児の数が 5 人以下のものに限る。)及び法第 6 条の 3 第 11 項に規定する業務を目的とする施設は、設置者及び職員の研修受講状況を記入すること。

◇設置者が過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別(受けたことがある場合には、その命令の内容、その命令を行った都道府県等名及びその命令を行った年月日を含む。)

施設の概要

◇建物の構造

◇主な設備

総延べ面積 m^2

緊急時等の対応等

◇緊急時等における対応方法

◇提携する医療機関・所在地・提携内容

◇利用者に対する保険の種類・保険事故・保険金額

◇非常災害対策

◇虐待の防止のための措置

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 〇〇県(〇〇部〇〇課)
(TEL)

(記載例)

(保育施設名)

〇〇〇〇〇〇

施設の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 △ビル
事業開始年月日 〇年〇月〇日
設置者 〇〇株式会社(代表 〇〇〇〇)
管理者(施設長) 〇〇〇〇

提供する保育サービス

◇ 開所時間

〇月曜日～金曜日 〇:〇〇～〇:〇〇(延長時間帯～〇:〇〇まで)
〇土日・祝祭日 〇:〇〇～〇:〇〇(延長時間帯～〇:〇〇まで)

◇ 定員

30名(0歳児5名 1・2歳児10名 3歳以上児(就学前まで)15名)

◇ 保育内容・利用料金

〇月極預かり ***円～***円
〇一時預かり ***円～***円
〇延長保育料金 ***円～***円

※利用料金はお子さんの年齢等によって異なります。詳しくは窓口までお問い合わせください。
※上記料金その他、別途食事代(***円)、おむつ代(***円)等がかかります。

◇ 保育従事者等の配置

〇当保育室は、通常、次のような保育従事者を配置しています。

月曜日～金曜日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名(保育士6名 その他2名)
〇:〇〇～〇:〇〇 4名(保育士3名 その他1名)(延長時間帯)

土日・祝祭日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名(保育士6名 その他2名)
〇:〇〇～〇:〇〇 4名(保育士3名 その他1名)

〇その他調理員1名を配置しています。

◇ 設置者が過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別(受けたことがある場合には、その命令の内容、その命令を行った都道府県等名及びその命令を行った年月日を含む。)

無・有 () (〇〇県 : 〇年〇月〇日)

施設の概要

◇ 建物の構造 鉄筋コンクリート造り

◇ 主な設備

・保育室(2階〇室) **m² ・調理室(2階〇室) **m²
(3階〇室) **m² ・その他 **m²
・乳児室(2階〇室) **m²

総延べ面積 **m²

緊急時等の対応等

◇ 緊急時等における対応方法

「〇〇保育園緊急時等対応マニュアル」を定めています。

◇ 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 〇〇県〇〇市〇〇 1-10-20

◇ 利用者に対する保険の種類・保険事故・保険金額

保険の種類	
保険事故 (内容)	
保険金額	****円

◇ 非常災害対策

「〇〇保育園非常災害時対応マニュアル」を定めています。

◇ 虐待の防止のための措置

「〇〇保育園虐待防止マニュアル」を定めています。

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 〇〇県(〇〇部〇〇課)
(TEL)

〇〇〇〇 (施設名) 利用に当たって

令和〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇〇〇 様

(設置者名) 〇〇〇〇

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) 〇〇〇〇 (職名 :)
(担当者連絡先) TEL 01-2345-6789
(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

※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 : 〇〇県 (〇〇部〇〇課) TEL01-2222-3333】

(記載例)

〇〇〇〇 (施設名) 利用に当たって

令和〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇〇〇 様

(設置者名) 〇〇〇〇

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 (〇〇年〇月〇日生 〇歳〇か月)	
利用形態	月極契約	
利用期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日	
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、利用に応じて徴収致します。

※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「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 〇〇県〇〇市〇〇 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
〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 ABCビル2階
- 設置者・住所 〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇4-5-6
- 施設長 〇〇〇〇

※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: 〇〇県(〇〇部〇〇課) TEL01-2222-3333】