（別紙１３：契約内容の交付書面様式）（第５９条の２の４）

○○（施設名）の利用に当たって

令和　　年　　月　　日

（契約者名）　　　　　　　　　　　　　　様

（設　置　者　名）　　　　　　　　　　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に基づき長崎県への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先：長崎県（福祉保健部こども政策局こども未来課）℡095-895-2684】

（別紙１３の記載例）

〇〇〇保育室の利用に当たって

令和　　年　　月　　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（平成〇年〇月〇日生　〇歳〇か月）	
利用形態	月極保育	
利用期間	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	
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る

※　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「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。

（【医療機関名】　△△△病院
【所　在　地】　〒123-4567　〇〇市〇〇１２３－４５）

◇　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）　℡ 0123-45-6789
（受付時間）　午前8時～午後5時

施設の概要

〇　施設の名称・所在地　　〇〇保育室・〇〇県〇〇市〇〇１－２－３
〇　設置者氏名（名称）　　〇〇〇〇
　　　　住所（所在地）　　〇〇県〇〇市〇〇４－５－６
〇　管理者（施設長）氏名　〇〇　〇〇
　　　　住所　　〇〇県〇〇市〇〇７－８－９

※　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に基づき長崎県への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先：長崎県（福祉保健部こども政策局こども未来課）　℡095-895-2684】