

〇〇〇保育園

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。

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 〇〇区こども家庭支援課

横浜市こども青少年局保育・教育運営課

TEL 045-△△△-■■■■

TEL 045-671-3564

〇〇〇保育園 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・住所 〇〇〇〇
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: 〇〇区 こども家庭支援課 TEL 045- - - - -】

【横浜市こども青少年局保育・教育運営課 TEL 045-671-3564】