（記載例）

|  |
| --- |
|  |
|  | **○○保育室利用に当たって** |  |
|  　　 　　 　　令和○○年○月○日　 （契約者名）○○○○　様○○株式会社代表取締役社長　○○○○○　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 |  ○○○○（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、利用に応じて徴収致します。 |

 　※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】△△△病院【所在地】〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○　１－10－20◇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）【連絡先】　℡01-2345-6789【受付時間】 午前８時～午後５時 　　　　　　　　　　　　【設置届出先：豊田市（子ども部保育課）　℡0565-34-6809】施設の概要【施設の名称・所在地】 ○○○保育室○○県○○市○○１－２－３　ＡＢＣビル２階【設置者・住所】 ○○○○　○○県○○市○○４－５－６【施設長・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に基づき豊田市への設置届出を義務付けられた施設です。 　　　　　　　　　　　　【設置届出先：豊田市（こども・若者部保育課）　℡0565-34-6809】 |