**様式第６号 　契約内容の交付書面様式（記載例）　　　　　　　　　　　　　　　　施設用**

○　○　○　保　育　室

利用に当たって

令和○○年　○月　○日

（契約者名）　　○○　○○　　様

　　　　　　　　　　　　　（設 置 者 名） ○○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、利用に応じて徴収いたします。 | | | | |

　※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 | 賠償責任保険（○○保険） |
| 保険事故（内容） | 保育中の事故、ケガ |
| 保険金額 | ×××円 |

◇　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、ケガ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２回の定期健康診断を実施します。

　【医療機関】△△△病院　【所在地】○○市○○区○○1-2-3

◇　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）　℡　○○○-○○○-○○○○

（受付時間）　午前8時～午後５時

○　施設の名称・所在地　　○○○保育室　　福岡市○○区○○1-1-1　○○ビル１階

○　設置者氏名（名称）・住所（所在地）　○○株式会社　代表取締役　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 福岡市○○区○○1-1-1　○○ビル２階

○　管理者（施設長）氏名・住所　○○　○○　福岡市○○区○○1-1-1　○○ビル２階

※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に基づき福岡市への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先：福岡市（子育て支援部保育支援課）　℡　092-711-4596

施 設 の 概 要