

保育園利用に当たって

令和 年 月 日

契約者 ○○ △△ 様 ㊞

○○保育園

園長 □□ △△

㊞

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供致します。

◇保育内容・料金

利用児童	〇〇 □□ （平成・令和 年 月 日生 歳 ヶ月）									
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～金曜日 午前 ～ 午後									
料金	入会金	円（初回のみ）								
	利用料	ひと月	円							
	その他	食事代、オムツ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「入園のしおり」とのおりです。

◇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 (補償内容)	

※詳しくは、別紙の「 」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2回の定期健康診断を実施します。

医療機関 ○○クリニック
所在地 ○○市○○ ○-○-○

◇その他の条件等

・利用に当たっては、別紙の「 」記載事項を厳守して下さい。

※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) . . .
(担当者連絡先) T E L : . . .
(受付時間) 午前 時~午後 時

施設の概要	
○施設の名称： 所在地	
○設置者氏名	住所：
○管理者氏名	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に基づき沖縄県への設置届出を義務付けられた施設です。 設置届出先：沖縄県（子育て支援課） T E L : 098-866-2457	