（提示書面例）

資料５

※提携医療機関がない場合は「該当なし」と記載

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　愛知県（福祉局子育て支援課）（℡　０５２－９５４－６６３６）

※所在地が自宅住所の場合は、市町村名まで等、自宅が特定されない範囲での記載でも可

設　置　者　　愛知　花子（シッターサービス△△）

管　理　者　　愛知　太郎

所　在　地　　〒○○○－○○○○

愛知県○○市○○１－２－３　△ビル

事業開始年月日　　○年○月○日

●保育提供可能時間

◇月曜日～金曜日　　○：○○　～　○：○○（延長時間帯～○：○○まで）

◇土日・祝祭日 　○：○○　～　○：○○（延長時間帯～○：○○まで）

●保育内容・利用料金

◇月極預かり　　＊＊＊円　～　＊＊＊円

◇一時預かり　　＊＊＊円　～　＊＊＊円

◇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。詳しくはお問い合わせください。

　　※上記料金の他、別途〇〇代（＊＊＊円）、△△代（＊＊＊円）等がかかります。

●利用定員

２名（０歳児から３歳以上児（就学前まで））

●設置者の資格

保育士

●設置者の研修の受講状況

・△△△研修（〇年〇月〇日受講）

・××××研修（〇年〇月〇日受講）

●保育する乳幼児に関しての保険の種類・保険事故・保険金額

|  |  |
| --- | --- |
| 保険の種類 | 賠償責任保険（〇〇〇保険） |
| 保険事故(内容) | 保育中の事故、けが |
| 保険金額 | ＊＊＊＊円 |

●提携している医療機関名・所在地・提携内容

●緊急時等における対応方法

「非常災害時等緊急時対応マニュアル」を定めています。

●非常災害対策

「非常災害時等緊急時対応マニュアル」を定めています。

●虐待の防止のための措置

「虐待防止マニュアル」を定めています。

●過去に設置者が過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別（受けたことがある場合には、その命令の内容、その命令を行った都道府県等名及びその命令を行った年月日を含む。）

　　無　・　有　（　　　　　　　　　）　（　○○県　：○年○月○日）