（交付書面例）

資料６

ｑ

※提携医療機関がない場合は「該当なし」と記載

※登録しているマッチングサイトに苦情相談窓口がある場合、マッチングサイトの同意があれば、マッチングサイトの苦情相談窓口の記載でも可

※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

（担当者氏名）　　愛知　太郎　（管理者）

（担当者連絡先）　℡〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

（受付時間）　　　午前８時から午後５時まで

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）

利用にあたって

（契約者名）〇〇　〇〇　様

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

以下の内容で保育サービスを提供いたします。

●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。詳しくは別に定める料金表によります。

　　※上記料金の他、〇〇代、△△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。

●利用定員

２名（０歳児から３歳以上児（就学前まで））

●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

●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。