

(保育施設名)

〇〇〇〇〇〇

施設の所在地

事業開始年月日

設置者

管理者 (施設長)

提供する保育サービス

◇開所時間

◇定員

◇保育内容・利用料金

※変更があった場合は、当該変更の内容及びその理由も記入すること

◇保育従事者等の配置

※法第 6 条の 3 第 9 項に規定する業務を目的とする施設、同条第 12 項に規定する業務を目的とする施設 (1 日に保育する乳幼児の数が 5 人以下のものに限る。) 及び法第 6 条の 3 第 11 項に規定する業務を目的とする施設は、設置者及び職員の研修受講状況を記入すること。

◇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を記載すること。

(受けたことがある場合には、当該命令の内容、当該命令を行った都道府県等名及び当該命令を行った年月日を含む。)

施設の概要

◇建物の構造

◇主な設備

総延べ面積 m^2

緊急時等の対応等

◇緊急時等における対応方法

◇提携する医療機関・所在地・提携内容

◇利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

◇非常災害対策

◇虐待の防止のための措置

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 宇都宮市 (子ども部子ども未来課)

(TEL 028-632-2943)

(様式 14 : 記載例)

(保育施設名)

〇〇〇〇〇〇

施設の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3 △ビル
事業開始年月日 〇年〇月〇日
設置者 〇〇株式会社 (代表 〇〇〇〇)
管理者 (施設長) 〇〇〇〇

提供する保育サービス

◇ 開所時間

〇月曜日～金曜日 〇:〇〇～〇:〇〇 (延長時間帯～〇:〇〇まで)
〇土日・祝祭日 〇:〇〇～〇:〇〇 (延長時間帯～〇:〇〇まで)

◇ 定員

30名 (0歳児5名 1・2歳児10名 3歳以上児 (就学前まで) 15名)

◇ 保育内容・利用料金

〇月極預かり ***円～***円
〇一時預かり ***円～***円
〇延長保育料金 ***円～***円

※利用料金はお子さんの年齢等によって異なります。詳しくは窓口までお問い合わせください。
※上記料金の他、別途食事代 (***円)、おむつ代 (***円) 等がかかります。

◇ 保育従事者等の配置

〇当保育室は、通常、次のような保育従事者を配置しています。

月曜日～金曜日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名 (保育士6名 その他2名)
〇:〇〇～〇:〇〇 4名 (保育士3名 その他1名) (延長時間帯)

土日・祝祭日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名 (保育士6名 その他2名)
〇:〇〇～〇:〇〇 4名 (保育士3名 その他1名)

〇その他調理員1名を配置しています。

◇ 設置者は、過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたことはありません。

◇ 設置者は、過去に事業停止命令を受けたことがあります。(内容の記載:〇年〇月〇日)

} 該当する方の例
を記載

施設の概要

◇ 建物の構造 鉄筋コンクリート造り

◇ 主な設備

・保育室 (2階〇室) ***m² ・調理室 (2階〇室) ***m²
(3階〇室) ***m² ・その他 ***m²
・乳児室 (2階〇室) ***m²

総延べ面積 ***m²

緊急時等の対応等

◇ 緊急時等における対応方法

「〇〇保育園緊急時等対応マニュアル」を定めています。

◇ 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〇回の定期健康診断を実施します。

【医療機関】 △△△病院

【所在地】 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 1-10-20

◇利用者に対するの保険の種類・保険事故・保険金額

保険の種類	
保険事故 (内容)	
保険金額	****円

◇非常災害対策

「〇〇保育園非常災害時対応マニュアル」を定めています。

◇虐待の防止のための措置

「〇〇保育園虐待防止マニュアル」を定めています。

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 宇都宮市(子ども部子ども未来課)
(TEL 028-632-2943)

