（交付書面）（児童福祉法第５９条の２の４）

**○○○（施設名）利用に当たって**

○○○○年○○月○○日

　（契約者名）○○　○○様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（設　置　者　名）○○　○○

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

　◇　利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

　◇　提携する医療機関・所在地・提携内容

　◇　その他条件等

　※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：　　　　）

（担当者連絡先）　　℡　048-○○○○-○○○○

（受付時間）

**施設の概要**

　○　施設の名称・所在地

　○　設置者氏名(名称)・住所(所在地)

　○　管理者(施設長)氏名

　※当施設は児童福祉法第３４条の１５第２項若しくは同法第３５条第４項の認可又は

　　認定こども園法第１７条第１項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に基づき市への設置届出を義務づけられた施設です。

【設置届出先：越谷市(子ども家庭部子ども施策推進課)　℡　048－963－91６５】