



企業主導型保育事業実施施設 いつき保育園 重要事項説明書（しおり）

保育・教育の提供開始にあたり、当園が説明すべき内容は、次のとおりです。

1、事業者

事業者の名称	株式会社 L. P. H
代表者氏名	領家 将公
法人の所在地	鹿児島県薩摩川内市東大小路町 26 - 14
法人の電話番号	0996 - 23 - 6220
定款の目的に定めた事業	保育所、一時預かり事業、地域の子ども・子育て支援事業

2、保育所の概要

名 称	いつき保育園
所 在 地	鹿児島県薩摩川内市原田町 25 - 20
開 設 年 月 日	令和元年 11 月 1 日
電 話 番 号	0996 - 26 - 1717
施設長氏名・住所	領家 将公 鹿児島県薩摩川内市東向田町 11-12
入 所 定 員	12 名（0、1、2 歳児） （自社枠 3 名 共同利用枠 6 名 地域枠 3 名） ※但し、年齢構成により変動する場合があります。）
職 員 数	18 名
取 り 扱 う 保 育 事 業	企業主導型保育事業、延長保育、一時預かり事業、夜間保育事業、 体調不良児対応、病児・病後児保育
嘱託医（提携医療機関）の所在地、提携内容	医療法人博郁会川内こどもクリニック 鹿児島県薩摩川内市原田町 30-26 T E L : 0996-20-0222 理事長 江口 智 提携内容： （1）入所児童の健康診断（入所時健康診断、年 2 回の定期健康診断） （2）入所児童の健康管理に係る職員及び保護者への相談・助言・指導 （3）応急処置等の助言・指導 （4）体調不良児・病児・病後児の外来又は訪問による診察 （5）（4）に係る診断書又は連絡票の作成
	医療法人慶田歯科医院 鹿児島県薩摩川内市平佐町 3448-1 T E L : 0996-25-3933 院長 慶田 安弘 提携内容： （1）入所児童の歯科健康診断（入所時及び定期歯科健康診断） （2）入所児童の歯科健康管理に係る職員及び保護者への相談・助言・指導 （3）歯科疾患の予防に関する職員及び保護者への必要な助言・指導 （4）緊急の場合などにおける応急処置等の助言・指導

3、施設の概要

敷 地	面積 801.12 m ²
建 物	木造 2 階建て 延床面積 335.17 m ²
施設の内容	乳児室 面積 21.50 m ² (0 歳児 どんぐり組) ほふく室 面積 25.80 m ² (0 歳児 どんぐり組、1 歳児 あんず組) 保育・遊戯室 面積 15.30 m ² (2 歳児 かりん組) 一時預かり室 面積 15.30 m ² (一時預かり すもも組) 病児室 面積 9.70 m ² (いっきーの森) 病後児室 面積 9.70 m ² (いっきーの森) 調理室 面積 22.64 m ² 地域交流室 面積 43.00 m ² 幼児用トイレ 大便器 5 個 小便器 2 個 面積 14.11 m ² 沐浴室 沐浴台 1 個 幼児用シャワー 1 個 面積 7.19 m ² 調乳スペース 面積 3.95 m ²
設備の種類	冷暖房、床暖房、防犯カメラ
そ の 他	屋外遊戯場 49.10 m ² (代替場所 野間島公園 17,000 m ²)

4、職員体制 (令和 5 年 4 月 1 日現在)

施 設 長	1 人 (常 勤 1 人 保育士 安全衛生推進者 食品衛生責任者 防火管理者)
保 育 士	10 人 (常 勤 5 人 非常勤 5 人)
保育補助者	1 人 (非常勤 1 人)
看 護 師	4 人 (常 勤 3 人 非常勤 1 人)
給 食 員	2 人 (調理 1 人 栄養士 非常勤 1 人)
事 務 員	1 人 (常 勤 1 人 連携推進員)

5、開所日・開所時間及び休所日

区 分	開 所 日	開 所 時 間
通 常 保 育 時 間	月曜日～日曜日 ※祝日を含む	7 時 30 分～20 時 30 分
延 長 保 育 時 間	月曜日～日曜日 ※祝日を含む	早朝： 7 時 00 分～ 7 時 30 分
		延長： 20 時 30 分～22 時 00 分
一 時 預 かり 保 育 時 間	月曜日～金曜日	9 時 00 分～12 時 00 分
		9 時 00 分～16 時 00 分
病 児 ・ 病 後 児 保 育 時 間	月曜日～金曜日	8 時 00 分～18 時 00 分
	土日、祝日お盆年末年始	休所日
夜 間 保 育	月曜日～金曜日	22 時 00 分～2 時 00 分
休 所 日		利用児童数が 0 人の日や、自然災害等により児童の登降園及び職員の出退勤が安全上困難であると施設長が判断した場合。その他社会通念上休所する必要があると施設長が判断した場合。

※「祝日を含む」は、祝日も開所することを示します。

※延長保育を利用される場合は、事前に申し出が必要です。

6、料金

(1) 保育料・給食費

N o	区分	企業枠	地域枠	入所児童以外
1	住民税非課税世帯	月額 無償	月額 無償	—
	通常保育（0、1、2 歳児）	月額 26,000 円	月額 31,000 円	—
2	延長保育	30 分ごとに 100 円	30 分ごとに 100 円	—
3	一時預かり保育 （0 歳～就学前）	—	—	午前 1,050 円（内食事 300 円） 1 日 1,800 円（内食事 300 円） 延長：30 分ごとに 100 円
4	病児・病後児保育 （0 歳～小学校卒業前）	（保育料に含む）	（保育料に含む）	1 日 1,300 円（内給 食費 300 円）延長： 30 分ごとに 100 円
5	夜間保育（22 時～2 時）	1 回 1,800 円	1 回 2,000 円	1 回 2,500 円

○1 か月の利用日数による料金の変更はありません。（※企業枠の一時預かり保育については、月額 26,000 円を上限とします。）

○企業枠の通常保育料については、入所児童の保護者と生計を同じくする兄弟姉妹の年齢にかかわらず、第 1 子が上記金額、第 2 子が半額、第 3 子以降が無料です。

○地域枠の通常保育料については、入所児童の保護者と生計を同じくする児童であり、当園在籍中の児童の兄弟姉妹の人数により、第 1 子が上記金額、第 2 子が半額、第 3 子以降が無料です。

(2) その他費用

日用品・文房具などの保育料に含まれない物の購入については、あらかじめ費用をご負担いただく目的や理由について適宜書面でご案内いたしますのでご了承ください。

7、利用定員

年齢	0 歳児	1 歳児	2 歳児	合計
自社枠	1 人	1 人	1 人	3 人
従業員枠	2 人	2 人	2 人	6 人
地域枠	1 人	1 人	1 人	3 人
合計	4 人	4 人	4 人	12 人

○利用定員は、上記表に定める定員を基本としますが、定員の 12 人を上限とし、地域枠が当該定員の半数を超えない限りにおいて、保護者等のニーズや利用子ども等の進級に応じて柔軟に対応し変更します。

8、支払方法

通常保育料	当月分を翌月 27 日に口座振替（金融機関が休日の場合は翌営業日）
その他の保育料	利用料金は翌月 15 日に現金支払（金融機関が休日の場合は翌営業日）

9、保育理念

『こども一人ひとりに寄り添い、のびのびとした環境で、生きる力を育む』

10、保育方針

○「やってみたいな」を大切にします

○とにかく「よく遊び」、「よく食べ」、「よく寝て」、こころとからだをつくります

○子ども一人ひとりの状況と、発達過程に応じて、身近な保育をします

11、保育計画

0 歳児	生理的欲求を満たされ心身共に安定した状況になり、機嫌よく園生活を過ごせるようにする。特定の保育者が抱いたり微笑みかけたり、甘えなど依存欲求を満たし、情緒の安定を図る。
1、2、3 歳児	保育者に親しみ、感情を素直に表現して友だちにも関心を示す。保育者や友だちとの色々な遊びを通して身のこなしを少しずつ身につける。
3 歳児（一時）	園生活の流れや生活の仕方が分かり、自分の身の回りのことができるようになる。体を十分に動かして遊びを楽しむ心地よさを味わう。
4、5 歳児（一時）	健康的な生活リズムを見につけ、園生活を充分に楽しみ、主体的に行動して充実感を味わう。

12、1 日の過ごし方

通常保育

0 歳児		1 歳児・2 歳児	
7：30～	順次登園 (健康状態の観察) 睡眠または遊び	7：30～	順次登園 (健康状態の観察) 自由遊び
9：30	おやつ（白湯、ミルク等） 遊び	9：30	おやつ 遊び
11：00	離乳食＋ミルク お昼寝	11：30	昼食 お昼寝
13：30	目覚め (順次検温)	12：00～12：30 14：30	目覚め
15：00	おやつ＋ミルク 遊び	15：00	おやつ 遊び
15：30	順次降園		順次降園
17：00	夕方保育 遊び	17：00	夕方保育 遊び
18：00	おやつ＋ミルク	18：00	おやつ
19：30	睡眠または遊び	19：30	睡眠または遊び
～20：30	降園	～20：30	降園

※ 0 歳児は生活リズムが安定していないので、個々に対応しながらゆっくりと生活リズムをつけていきます。

一時預かり保育

一時預かり保育につきましても、年齢に応じて通常保育と同様に1日を過ごします。

※いつき保育園はクラス分けはしておりますが、定員12名のため他の異年齢の園児と同じ空間で過ごす機会が多く、自然に年下を可愛がる思いやり、年上を目指す向上心が育まれます。

また保育士の手厚い人員配置により、必然的に手と目が行き届く保育になります。いつき保育園は、経験豊富な保育士と、看護師、調理師がいる保育園です。安心してお預けください。

※医師から食物アレルギーと診断され、家庭で除去食を作っている場合、園でも協力し対応致します。

除去食を必要とされるお子さまに関しましては、専用のトレーにアレルギー食材を明記した札を載せて食事の提供をしております。

食事に関しては、集団給食の中で可能な限りでの対応（除去食・代替食）とし、治療食や特別食は行わない事とします。

（除去食を必要とされる場合は、医師の診断書または意見書の提出が必要となります）

13. 年間行事予定

4月	入園式進級式
5月	こどもの日・健康診断・クッキング
6月	虫歯予防月間・歯科検診
7月	七夕
8月	水あそび
9月	敬老の日・水あそび
10月	健康診断・園外保育
11月	ハロウィン
12月	クリスマス会
1月	クッキング
2月	節分（豆まき）
3月	お別れ会
毎月	誕生日会・身体測定・避難訓練

※ 普段の保育の様子を見学できる保護者参観は随時行っていますので、事前にご連絡のうえお越しください。

14. 保育園と保護者の連絡について

（1）お子様の保育所での様子や、家庭での様子を相互連絡し合うために連絡帳を活用します。

体温、食事、遊び、覚えたこと、挑戦していること、失敗したこと、排便状況などお子様の様子を保育園側はもちろんですが、保護者の方も家庭での様子をできるだけ詳しく記入するようにしてください。

（2）月に1回、園だより（クラスだより）を発行し、月の行事や共通連絡事項などをお知らせします。

15、持ち物

〈入園時に必要な物〉

	毎日持ってくる物	常備しておく物
0 歳児	スタイ 着替え 2～3 組 汚れものを入れる袋 1 枚	哺乳瓶 1 本（乳首を含む） 紙オムツ 1 袋 お尻ふき 着替え 1 組 午睡用バスタオル 2 枚 歯ブラシ・コップ 汚れものを入れる袋 1 枚

☆0 歳児はベビーベッドでの午睡になります。

ふだん使っているお気に入りのタオルやガーゼがありましたら持ってきてください。

1、2 歳児	ひも付き手拭きタオル 1 枚 着替え 2 組（上下・肌着）	紙オムツ 1 袋 お尻ふき 午睡用バスタオル 2 枚 着替え 2 組程度 コップ・歯ブラシ
3 歳以上 （一時預）	ひも付き手ふきタオル 1 枚 汚れ物用袋 1 枚（大きめの物） 着替え 2 組（上下・肌着）	着替え 1 組くらい 午睡用バスタオル 2 枚 着替え 1 組程度 コップ・歯ブラシ

☆すべての持ち物には黒ペンで分かりやすい場所に名前を書いて下さい。洗濯で文字が薄くなってきたら、その都度書き足すようにお願いします。（園で書き足すこともありますのでご了承ください）

16、健康診断等

（1）健康診断

定期健診	年 2 回（5・10 月） 嘱託医が健診します	医療法人博郁会 川内こどもクリニック 鹿児島県薩摩川内市原田町 30-26 理事長 江口 智 T E L : 0996-20-0222
歯科健診	年 1 回（6 月） 嘱託歯科医が健診します	医療法人慶田歯科医院 鹿児島県薩摩川内市平佐町 3448-1 院長 慶田 安弘 T E L : 0996-25-3933

（2）身体測定

毎月 1 回、身長・体重の測定を行います

17、保育園の利用に際し留意していただきたいこと

欠席する場合、 又は登園時間が遅れる場合	当日に欠席の連絡をする場合、又は登園が遅れる場合は、その日の登園予定時刻までに御連絡をお願いします。
お迎えが遅れる場合	お迎えが遅れる場合は、降園予定時刻までに御連絡をお願いします。
毎朝の体温等の確認	登園前に必ず体温や健康状態等の確認を行って下さい。
投薬について	原則として保育園での薬の投与はできませんが、医師の処方を受けた薬に限り医師の指示に基づき行うことができます。その際は投薬依頼書の提出とともに、薬には目立つように名前と日付をご記入ください。 また、薬は1回分の準備をしていただけるようお願いいたします。

〈こんな時はお休みしましょう〉

発熱の時 …体温が 37.5℃以上ある時

保育園でもこれを基準にして保護者に連絡を入れさせていただきます。37.5℃以上の熱やぐったりした様子のある時はお迎えをお願いします。

高熱の時は、朝熱が下がっても大事を取り、一日様子を見た方が良いです。

下痢の時 …朝起きてから登園するまでの間に2回以上ある時、下痢がおさまった場合でもできれば普通便が出る事を確認してからの登園をお願いします。

嘔吐のある時…無理をしないでご家庭で様子を見て下さい。

(下痢や嘔吐がある時は胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス等)の可能性もあるので、早急に医療機関を受診しましょう)

18、感染症について

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症が発生すると、抵抗力の少ない子どもは次々と感染してしまいます。乳幼児がよくかかる下記の感染症については登園の目安を参考に、かかりつけの医師の診断に従い、医師の意見書・登園届の提出をお願いします。

なお、保育園での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するようご配慮下さい。

(1) 医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が必要な感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園の目安
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水泡・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑 (リンゴ病)	発疹出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルス等)	症状のある間と、症状消失後1週間(量は減少していくが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要)	嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間(便の中に1ヶ月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要)	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること

RS ウィルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
帯状疱疹	水泡を形成している間	全ての発疹が痂皮化してから
突発性発疹		解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

(2) 医師が記入した意見書が必要な感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園の目安
麻疹（はしか）	発症 1 日前から発疹出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過してから
インフルエンザ	症状がある期間（発症前 24 時間から発症後 3 日程度までが最も感染力が強い）	症状が始まった日から 5 日以内に症状が無くなった場合は、症状が始まった日から 8 日目又は解熱した後、4 日目から
風しん	発疹出現の前 7 日から後 7 日間くらい	発疹が消失してから
水痘（水ぼうそう）	発疹出現 1～2 日前から痂皮形成まで	すべての発疹が痂皮化してから
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症 3 日前から耳下腺腫脹後 4 日	耳下腺の腫脹が消失してから
結核		感染のおそれがなくなってから
咽頭結膜炎（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	主な症状が消え 2 日経過してから
流行性結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	感染力が非常に強いため結膜炎の症状が消失してから
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後 3 週間を経過するまで	特有の咳が消失し、全身状態が良好であること（抗菌薬を決められた期間服用する。7 日間服用後は医師の指示に従う）
新型コロナウイルス感染症	症状がある期間（発症前 24 時間から発症後 7 日程度までが最も感染力が強い）	症状が始まった日から 14 日以内に症状が無くなった場合は、症状が始まった日から 14 日目又は解熱した後、1 か月目から
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）		症状が治まり、かつ抗菌薬による治療が終了し、48 時間をあけて連続 2 回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの

(3) その他

ご家族がインフルエンザなどの感染症にかかった場合には、お子様に症状がなくても、感染症まん延防止のため、原則として家庭での保育をお願いします。

(4) 体調不良児、病児・病後児保育について

通常保育を利用しているお子様につきましては、保育中に体温が 37.5℃以上となった場合、体調不良児に切り替えて保育し、保護者様へご連絡をさせていただきます。その際に急を要する場合、保護者様のご承諾が得られれば、当園にて嘱託医を受診する場合がございます。

翌日からは、医師連絡票がある場合は、病児保育にてお預かりいたします。その後、回復期については病後児保育でお預かりし、治癒後は通常保育にてお預かりします。

感染症も病児でお預かりしますが、「はしか」および「新型コロナウイルス」につきましては対応しておりませんので、ご家庭での保育をお願いします。

19、賠償責任保険の加入状況

(1) 独立行政法人日本スポーツ振興センター

災害の種類	災 害 の 範 囲	給 付 金 額
負 傷	その原因である事由が当園の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が 5,000 円以上のもの	医療費
疾 病	その原因である事由が当園の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が 5,000 円以上のもののうち、文部科学省令で定めるもの ・保育園給食等による中毒・ガス等による中毒・熱中症 ・溺水・異物の嚥下又は迷入による疾病 ・漆等による皮膚炎・外部衝撃等による疾病 ・負傷による疾病	・医療保険並の療養に要する費用の額の 4/10（そのうち 1/10 は、療養に伴って要する費用として加算される分） ただし、高額療養費の対象となる場合は、自己負担額（所得区分により限度額が異なる。）に療養に要する費用の額の 1/10 を加算した額 ・入院時食事療養費の標準負担額がある場合は、その額を加算した額
障 害	当園の管理下の負傷又は上欄の疾病が治った後に残った障害（その程度により第 1 級から第 14 級に区分される。）	障害見舞金 4,000 万円～88 万円 〔通園中の災害の場合 2,000 万円～44 万円〕
死 亡	当園の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡	死亡見舞金 3,000 万円〔通園中の場合 1,500 万円〕
	突 然 死 運動などの行為に起因する突然死	死亡見舞金 3,000 万円〔通園中の場合 1,500 万円〕
	運動などの行為と関連のない突然死	死亡見舞金 1,500 万円〔通園中の場合も同額〕

(2) 上記以外に、下記の保険に加入しています。

保険の種類		損保ジャパン株式会社 施設所有管理者賠償責任保険 損保ジャパン株式会社 傷害保険
保険内容	賠償保険	身体へのケガもしくは死亡・後遺障害 1 名につき上限 50,000 千円 預かり財物 1 事故につき上限 600,000 千円
		死亡・後遺障害 1 名につき 1,000 千円
	傷害保険	入院日額 3 千円 通院日額 2 千円

20、緊急時の対応方法

- (1) 保育中に容体の急変等があった場合は、あらかじめ保護者が指定した緊急連絡先へ連絡をし、嘱託医又は主治医へ連絡をとるなど必要な措置を講じます。
- (2) 保護者と連絡が取れない場合には、乳幼児の身体の安全を最優先させ、当園が責任を持って、しかるべき対処を行いますのであらかじめ御了承願います。

21、非常災害時の対策

地震、火災などの緊急時において、避難が必要な場合にはあらかじめ指定している避難場所へ避難します。状況により、他の場所に避難することもあります。緊急時には、保護者様の勤務先とご家族の

緊急連絡先にご連絡しますので、お迎えをお願いします。

避難訓練	火災及び地震を想定した避難訓練を月１回実施します	
防災設備	消火器具、非常警報設備、誘導灯、カーテンの防災処理、火災感知器	
避難場所	指定避難所（風水害）	育英小学校体育館
	指定（緊急）避難場所（地震等）	育英小学校屋外運動場 ・ 野間島公園

22、近隣の緊急連絡先

消防署	薩摩川内市消防局消防本部	
	鹿児島県薩摩川内市中郷町 5031-1	0996-22-0119
警察署	薩摩川内警察署	
	鹿児島県薩摩川内市原田町 1-1	0996-20-0110
セコム株式会社 （警備会社）	川内営業所（機械警備・緊急時セコムボタンによる駆付け警備対応）	
	鹿児島県薩摩川内市鳥追町 1-1	0996-23-8199

23、保育内容に関する相談・苦情

要望・苦情等に係る窓口を以下のとおり設置しています

相談・苦情解決責任者	園長 領家 将公 TEL：0996-26-1717 受付時間 8 時～17 時
相談・苦情受付担当者	事務 領家 睦子 TEL：0996-26-1717 受付期間 8 時～17 時
第三者委員	育英地区児童委員 流合 末男（はぎえ すえお）
受付方法	面接、文書、電話などの方法で受け付けます

24、子育て支援・地域交流行事

いつき保育園では、平日の開所時間内において、子育てに関する相談や助言、アドバイスを地域交流室にて常時行っております。事前にご連絡のうえ、お気軽にお越しください。また、講習会や子育て世代間・地域の方々との交流をとおして、情報交換・共有を行い、子育て支援に資する行事も定期的に行っていきます。事前にご案内をいたしますので、どうぞご参加ください。

同意書（一時・定期）

本園における保育の提供を開始するにあたり、重要事項説明書の内容について説明を行いました。

保 育 園 名 ： いつき保育園
所 在 地 ： 鹿児島県薩摩川内市原田町 25 - 20
説 明 者 職 員 ： 園長 領家 将公

私は、いつき保育園の重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容に同意しました。

令和 年 月 日

保 護 者 住 所 ： 〒（ - ）

児 童 氏 名 ：

保 護 者 氏 名 ：



児童からみた続柄 ：

一時預かり事業利用申請書（定期利用）

申請日（令和 年 月 日）

いつき保育園
園長 領家 将公 殿

保護者 住所〒（ - ）

氏名 _____ ⑩

電話(自宅) _____ ()

携帯電話 _____ - _____

一時預かり事業利用につき次のとおり申請します。（＊入所希望のお子様から見た続柄をご記入下さい。）

同居家族の状況 (利用希望児童の番号を○で囲む)	氏 名	続柄	生年月日	年齢	性別	職場又は学校名
	1		・ ・			
	2		・ ・			
	3		・ ・			
	4		・ ・			
	5		・ ・			
	6		・ ・			
一時預かり事業を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
利用希望日	希望する曜日に○をしてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※土日、祝日、年末年始等は原則として一時預かりを行っておりませんが、特別な事情がある場合は園に直接ご相談ください。					
利用時間	利用する時間帯をご記入ください。 ： ～ ： ※一時預かりは8：00～18：00までの間でのお預かりとなります。この時間の前後については延長保育の対象となります。					
利用理由	就労 ・ 求職活動 ・ 看護 ・ 介護 ・ 妊娠 ・ 出産 ・ 育児 その他（ ）					
現在の保育状況 現在はどなたがお子さんを保育していますか。	・ 母親または父親 ・ 祖父母等、親族 ・ 職場に連れていく（託児所なし） ・ 保育施設等に預けている 保育所 認定こども園 幼稚園 認可外保育施設 事業所内保育 一時預かり その他（ ）					
今までにかかった大きな病気や特に心配していることはありますか。また、健康上、発達上気になることがありましたらご記入ください。	ない ある					

いつき保育園一時預かり事業利用契約書

いつき保育園（以下「当該事業所」という。）と児童及びその保護者（以下「保護者等」という。）は、保護者等が当該事業所を利用することに関し、次のとおり契約を締結する。

- 1 当該事業所は、児童において保育の必要性を確認した上で、一時預かり事業を保護者等に提供することとする。
- 2 保護者等は、当該事業所が説明した一時預かり事業の内容について同意し、これらに定められた保護者等の義務（利用者負担その他の支払いを含む。）を履行することとする。
- 3 この契約の有効期間は、令和 年 月 日 から 令和 年 月 日までとする。（最大契約期間は3か月）
- 4 当該事業所は、本契約にかかる内容に変更があった場合、その内容について保護者等に説明し、同意を得ることとする。

上記の内容を証するため、本書2通を作成し、当該事業所と保護者等の双方が自署又は記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日（契約締結日）

【当該事業所】 (※自署又は記名押印)

事業者（名称）・代表者※（氏名）： 株式会社 L.P.H 代表取締役 領家将公

事業所（名称）： い つ き 保 育 園

事業所（所在地）： 鹿児島県薩摩川内市原田町25-20

園長・管理者（氏名）： 園 長 領 家 将 公 (印)

【保護者等】 (※自署又は記名押印)

保護者名※（氏名）： _____ (印)

児童名（氏名）： _____

住所：〒（ ）

いつき保育園 園長殿

就 労 証 明 書

【自営業・農業従事者以外用】

○勤めに出ている人（勤める予定の人）

氏名	就労開始年月日 平成 年 月 日 1. 就労 令和 年 月 日 2. 就労予定
雇用形態(該当するものに○) 常勤（正職）・パート・契約社員・派遣社員 委託契約・その他（ ）	雇用・契約期間満了日 1. 常勤（正職）（雇用の期限を定めないもの） 2. 次の期間まで（令和 年 月 日） 契約更新 あり ・ なし
雇用保険の加入 加入 ・ 未加入	
職種（仕事の内容）	育児休暇の期間 平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日 (復職(予定)日：令和 年 月 日)

雇用・契約内容(委託契約の場合、委託契約の写し)

勤務日等	勤務時間 (休憩時間を含む)	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	休憩時間を 除く勤務時間	時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		時間 分
	勤務日数	1 カ月 日 ・ 1 週 日		
	勤務先	所在地 名 称 電話番号 - -		

最近3カ月の実績（就労予定の場合、空欄とし、産休・育休期間の場合、「育休等」としてください。）

令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

(電話番号 - -)

事業所名

代表者名

印

(ご担当者名：)

○内職をしている人

氏名	仕事の内容		
仕事をしている時間 午前 時 分 ～ 午前 時 分 午後 時 分 ～ 午後 時 分	仕事をしている日数 月 日程度	仕事を始めた日 年 月 日から	

最近3カ月の実績（就労予定の場合、空欄としてください。）

令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日	勤務日数 _____ 日
総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円	総支給額 _____ 円

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

(電話番号 - -)

代表者名

印

(ご担当者名：)

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 証明者（雇用主）の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数をご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線で見え消しし、その上に証明に使用した印で訂正印を押印してください。
（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・ 無給（専従者を除く）の場合
 - ・ 賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・ 製品、商品などを、おもに自家用のために製作、売買等している場合
 - ・ その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223

いつき保育園

生 年 月 日

*記入方法は、うら面をご参照ください。

就労証明書 記入上の留意事項

1. 自営業・農業従事者の方へ

- この証明書は、保育所等の利用のために必要です。お手数ですが、必要事項に記入もれがないよう証明願います。
- 証明された内容について市から問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 農業従事者とは、職種が農業に該当するもので、事業主であるか従業員であるかは問いません。農業生産法人の従事者（事務員も含む）の方もこの就労証明書をご使用ください。
- 社印、代表印等を必ず押印してください。証明する方は営業所長や人事担当課長、店長等就労を証明できる方であれば、必ずしも雇用主である必要はありません。
- 保護者ご自身が事業主（経営者）の場合は、ご自身で証明してください。
- 派遣社員の場合は、派遣元の会社が証明してください。
- 勤務時間（休憩時間を含む）の欄には、被雇用者の場合、育児時間（時間短縮時間）ではなく就業規則で定められた時間をご記入ください。なお、シフトにより複数の時間帯がある場合、多いパターンから3つご記入ください。事業主の場合は、ご自身の就業時間をご記入ください。
- 勤務日数の欄には、雇用契約に基づく1か月あたり、または1週間あたりの勤務日数を、どちらかご記入ください。
- 勤務地の欄には、実際に勤務している所在地、名称（店名、屋号など）をご記入ください。
- 最近3か月の実績の欄のうち、勤務日数には、有給休暇を取得している場合はその日数を含めてください。また、総支給額には賞与や税を含めた金額をご記入ください。
- 農業従事の場合、その生産活動の内容について、規模及び平成28年度の証明時点で計画している1年間の業務計画をご記入ください。
- 証明内容について、証明時点で未定の場合は「予定」としてご記入ください。
- 書き損じた場合は、訂正箇所を二重線を引きその上に代表者名で使用する印を訂正印としてください。
（※修正液による修正はしないでください。）

2. 保護者の方へ

- 証明書は、必ず勤務先の方に記入してもらってください（事業主など保護者ご自身が証明者である場合を除く）。
- 証明内容について勤務先に問い合わせることがありますので、あらかじめご了承ください。
- 証明書は、保護者1人につき1部ご提出ください（複数の児童が保育所等を利用する場合も1部ご提出ください）。
- 勤務先、勤務条件等が変更になった場合は、その都度、就労証明書など保育の必要性を証明する資料をご提出ください。
- 保育所等での一時預かり事業で対応できると判断した場合は入所申込みの却下、または入所決定を取り消す場合があります。
- 証明内容について不正が認められた場合には、支給認定を取り消す（保育所等の入所決定を取り消す）ことがあります。
- 次の場合には、支給認定および利用調整はしません。
 - ・無給（専従者を除く）の場合
 - ・賃金の支払いではなく、現物支給による場合
 - ・成果物を、おもに自家用のために製作、栽培、飼育等している場合
 - ・その他、経営規模が著しく小さい場合

お問い合わせ先

〒895-8650
薩摩川内市神田町3番22号
薩摩川内市 子育て支援課
TEL 0996-23-5111
FAX 0996-23-1223



児童票(一時・定期)

令和 年 月 日記入

児童名	ふりがな		男・女	平成 年 月 日生 令和		
保護者	ふりがな		続柄	自宅電話番号		
				— —		
住所	〒(—)					
緊急連絡先	第1連絡先(続柄:)		第2連絡先(続柄:)		第3連絡先(続柄:)	
	氏名 TEL		氏名 TEL		氏名 TEL	
家族関係	続柄	氏名	生年月日	勤務先名・所在地		電話番号
	父					
	母					
備考						
送迎者	登園時	又は				
	降園時	又は				
かかりつけの医療機関名			住 所		電話番号	
(小児科)						
(科)						
(科)						

生育歴											
ふりがな					男 女	年 月 日生					
児童名											
血液型	型 RH (+ -)				平熱	度					
出生時の状況	第 子	分娩	正常								
	出生時体重 g		異常 (帝王切開 ・ その他) (早産 週)								
発育の状況	栄養	母乳	人工	混合	離乳	開始	か月、		完了	か月	
	首のすわり		か月		寝返り		か月		おすわり		か月
	はいはい		か月		つかまり立ち		か月		歩行開始		か月
健診の状況	年齢	年月日		特記事項		年齢	年月日		特記事項		
	1か月					1歳					
	3～4か月					1歳6か月					
	6～7か月					3歳					
	9～10か月										
既往歴	麻疹(はしか)		歳	けいれん (有 ・ 無) 熱 性 (回) 熱性以外 (回)							
	風疹(三日はしか)		歳	関節がはずれやすい (有 ・ 無) 部位 左 / 右							
	水痘(水ぼうそう)		歳	喘息 (有 ・ 無)							
	おたふくかぜ		歳	アトピー性皮膚炎 (有 ・ 無)							
	肺炎		歳	アレルギー体質 (有 ・ 無) 原因							
	その他 入院歴など										
予防接種状況	ワクチン名		接 種 年 月 日								
	ヒブ		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	小児用肺炎球菌		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	四種(三種)混合		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	結核(BCG)		年 月 日								
	麻疹風疹混合(MR)		年 月 日	年 月 日							
	水痘(水ぼうそう)		年 月 日	年 月 日							
	日本脳炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	ロタウイルス		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	おたふくかぜ		年 月 日	年 月 日							
	B型肝炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	A型肝炎		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	その他										
	その他										
特記事項											

個人情報に関する同意書（一時・定期）

いつき保育園では、屋外活動に際しご提出いただいた、園児および保護者の皆様の個人情報の管理に適切な安全対策を講じるものとします。つきましては、下記の通り利用目的についてご案内申し上げますので、必要最低限の範囲内で情報を収集・使用を公益財団法人児童育成協会及び所管の自治体に提供することに同意いただきますようお願いいたします。

1. 利用目的

- ・ 屋外活動の記録
- ・ 屋外活動の際の緊急連絡
- ・ 医療機関との連絡調整
- ・ 小学校就学のための小学校との情報共有
- ・ 他施設等への転園、きょうだいが他園に在籍している、などの理由における連絡調整

2. 使用条件

- ・ 利用目的以外に使用しない。
- ・ 第三者に情報をもらさない。

3. 個人情報の管理

- ・ いただいた個人情報につきましては、保育園にて安全管理いたします。
- ・ 保育園で撮影した園児の写真については、広報活動やホームページ、SNS、報道機関の取材等に使用する場合があります。
- ・ 保護者や保育園の了解がない、第三者への公開や複製の配布は行いません。

上記について、同意します。

令和 年 月 日

園児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

病児保育室利用目的

同意書

(利用登録書と一緒にご提出ください。)

児 童	(フリガナ)		生年月日		年 月 日	
	氏名		性別	男・女	年齢	歳

- ☐ 利用中は、施設職員の重要事項説明を守ること。
- ☐ 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。
また、保護者の連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- ☐ 登録や利用申請においていつき保育園が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲において、公益財団法人児童育成協会及び所管自治体に提供されること。
また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
- ☐ 児童が施設を利用した際、病児・病後児保育事業診療情報を記入した医療機関に対し、施設職員が様子等の報告を行うこと。

いつき保育園 園長

私は、病児・病後児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____
(必ず申請者本人が署名してください)

※ 上記項目に同意できる場合は、各項目の「□」に「レ (チェック)」した上で、署名してください。