

認可外保育施設設置届

令和 年 月 日

あて先) 福岡市長

住 所
氏 名 (又は名称)
代表者

認可外保育施設を設置いたしましたので、児童福祉法第59条の2の規定により、関係書類を添えて別紙のとおり届出いたします。

【添付書類】 ※提出前に添付書類を確認してください。
添付した書類には、□にチェックを入れてください。

- パンフレット
- 料金表 (利用料金の記載にあたり、当様式により難しい場合)
- 有資格者 (保育士又は看護師、准看護師) について、保育士登録証の写し等の資格が確認できる書類 (全員分)
- 認可外保育施設指導監督基準第1の2 (2) で定める研修の修了者については、修了証書等の研修修了が確認できる書類
- 利用児童に関する保険 (賠償責任保険・傷害保険等) の契約書の写し
- 様式第5号 施設のサービス内容揭示
- マッチングサイトを利用する場合、マッチングサイトにより提供するサービスの内容に関する情報を伝達等していることが分かる書類

様式第1号の2(設置届)1

(別紙：法第6条の3第11項の規定による業務を目的とする施設用)

令和 年 月 日現在

① 事業所の名称	(ふりがな)					
② 事業所の所在地	〒			Tel		
				Fax		
	最寄り駅		線	駅	バス 分	
					徒歩 分	
メールアドレス：						
③ 設置主体	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他法人 <input type="checkbox"/> 任意団体					
④ 設置者名						
⑤ 設置者住所	〒			Tel		
⑥ 代表者名	(氏名)		(職名)			
⑦ 管理者名	(氏名)		(職名)			
⑧ 管理者住所	〒			Tel		
⑨ 事業開始年月日	令和 年 月 日					
⑩ 系列事業所	<input type="checkbox"/> 有 (系列施設数 箇所 [<input type="checkbox"/> 直営店 <input type="checkbox"/> FC]) うち福岡市内 箇所				<input type="checkbox"/> 無	
⑪ 保育提供可能時間	通常保育提供可能時間	時間外保育提供可能時間		備考		
	平日	: ~ :	: ~ :			
	土曜日	: ~ :	: ~ :			
	日・祝祭日	: ~ :	: ~ :			
⑫ 提供するサービス内容	<input type="checkbox"/> 月極契約	(対象年齢	歳	～	歳)	※1) 0歳児の場合は、月齢まで記入すること。 ※2) サービスの内容は「記載上の注意」により分類すること。
	<input type="checkbox"/> 定期契約	(〃	歳	～ 歳)	
	<input type="checkbox"/> 一時預かり	(〃	歳	～ 歳)	
	<input type="checkbox"/> 夜間保育	(〃	歳	～ 歳)	
	<input type="checkbox"/> 24時間保育	(〃	歳	～ 歳)	
	<input type="checkbox"/> () (〃	歳	～	歳)	
⑬ 利用料金設定状況	<input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 時間単位 <input type="checkbox"/> 日中・夜間別 <input type="checkbox"/> 所得別 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 設定なし					

⑰ 保険状況加入	<input type="checkbox"/> 加入 ※保険契約書を添付すること	保険の種類	<input type="checkbox"/> 賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 傷害保険	<input type="checkbox"/> その他()
		保険事故(内容)			
	<input type="checkbox"/> 未加入	保険金額			
⑱ 提携医療機関		機関名			
		所在地			
		電話番号			
		提携内容			

⑲ 届出年月日の前日において職務に従事している職員の配置数 (令和 年 月 日現在)					
A 事業所長		B 保育従事者 (Aを除く)		C 合計 (A+B)	
人		人		人	
<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	常勤 人	非常勤 人	常勤 人	非常勤 人
資格の有無等		保育士 人	保育士 人		
□ 従事している		看護師 人	看護師 人		
□ 従事していない		准看護師 人	准看護師 人		
□ 資格(従事している場合にチェック)		家庭的保育者 人	家庭的保育者 人		
□ 保育士		基準で定める研修修了者	基準で定める研修修了者		
□ 看護師		人	人		
□ 准看護師		その他 人	その他 人		
□ その他()		()	()		

* 個人で事業を実施している場合は、記入不要

⑳ 職務に従事している職員の配置予定数 (平均的な職員配置)					
A 事業所長		B 保育従事者 (Aを除く)		C 合計 (A+B)	
人		人		人	
<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤	常勤 人	非常勤 人	常勤 人	非常勤 人
資格の有無等		保育士 人	保育士 人		
□ 従事している		看護師 人	看護師 人		
□ 従事していない		准看護師 人	准看護師 人		
□ 資格(従事している場合にチェック)		家庭的保育者 人	家庭的保育者 人		
□ 保育士		基準で定める研修修了者	基準で定める研修修了者		
□ 看護師		人	人		
□ 准看護師		その他 人	その他 人		
□ その他()		()	()		

* 個人で事業を実施している場合は、記入不要

②1-1 事業所に在籍している保育従事者数	人	※事業所長が保育に従事する場合は数に含みます。保育に従事しない者(事務員等)は除きます。
-----------------------	---	--

②1-2 [保育従事者の内訳] ※②1-1の保育従事者数と内訳の計は一致するようご記入ください。		常勤	非常勤
保育士		人	人
看護師・准看護師		人	人
研修 修了者	居宅訪問型保育研修(基礎研修)修了者	人	人
	子育て支援員研修(地域保育コース)修了者	人	人
	子育て支援員研修(上記以外)修了者	人	人
	家庭的保育者等研修修了者	人	人
	基準で定めるその他の研修(都道府県知事等が同等以上のものとして取り扱うものを含む。)を修了した者(研修名:)	人	人
保育士又は看護師・准看護師の資格を有しておらず、かつ上記の研修のいずれも修了していない者		人	人
[うち、上記の研修以外の研修を修了した者(研修名:)]		人	人

注: 内訳を記載するにあたって、複数の項目に該当する者(有資格者で研修も修了している、研修を複数修了している等)については、いずれかの項目にのみ計上すること。その際、有資格者については有資格者の欄に計上すること。

②2 職員の研修等の参加状況	<input type="checkbox"/> 有	(研修名等: 年 月() 参加者数 名)	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有	(研修名等: 年 月() 参加者数 名)	
	<input type="checkbox"/> 有	(研修名等: 年 月() 参加者数 名)	

②3 子どもの預かりサービスのマッチングサイトURL	
----------------------------	--

②4 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、その命令の内容を含む。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、その命令の内容 <input type="checkbox"/> 事業停止命令 <input type="checkbox"/> 施設閉鎖命令 その命令を行った都道府県等名及び年月日 () 年 月 日
---	---	---

※設置者が個人以外の施設は、この文書の問い合わせ先をご記入ください。			
担当者		連絡先(電話)	