

1. 事業所に関する事項

施設の種類	☐ 診療所 ☒ 病院 ☐ 認定こども園 ☐ 保育所 ☐ 幼稚園 ☐ 小規模保育施設 ☐ 家庭的保育事業所 ☐ その他（ ）					
事業の種類別	☒ 病児対応型 ☐ 病後児対応型 ☐ 体調不良児対応型 ☐ 非施設型（訪問型）					
名 称	〇〇病児保育所					
所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 津市〇〇町〇〇番〇号					
	TEL： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 メールアドレス： 〇〇〇〇@〇〇.ne.jp					
事 業 理 の 者	職名	理事長	フリガナ	〇〇 〇〇		
			氏名	〇〇 〇〇		
	住所	津市〇〇町〇〇番地〇		生年 月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日	

(1) 開設時間

曜 日		開設時間※		
月	金	8:30	～	17:00
	土	8:00	～	16:00
			～	

※24時間表記で記入してください。

利 用 定 員	7人
---------	----

☒ 0歳児 ☒ 1歳児 ☒ 2歳児 ☒ 3歳児 ☒ 4歳児 ☒ 5歳児
☐ 就学児（小学 年生まで）

料金種別 料金の内容	日 額		半 日		1 時間当たり	
	市内	市外	市内	市外	市内	市外
保育料	2, 000円		1, 000円			
その他 ()						
その他 ()						
その他 ()						

☒ 有 (有の場合は、以下も記入してください。)

食事代	☒ 1食当たり	400円	☐ 月当たり	0円
	☐ その他 ()			0円

・上記の食事代は、パンフレット等に記載している保育料に含んでいますか

☐ はい ☐ いいえ

☐ 無

(5) 職員の定数及び職務の内容

職員数		常勤	非常勤	合計
		3人		3人
資格別の内訳	保育士	3人		3人
	幼稚園教諭			
	保育教諭			
	看護師			
	准看護師			
	保健師			
	助産師			
	その他 ()			
	その他 ()			

(6) 協力機関・指導医の状況

協力機関	設定の有無	☒ 有 ☐ 無 無の場合は、その理由 ()
	名 称	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 津市〇〇町〇〇番〇号 TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 メールアドレス: 〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp
	協力内容	〇〇〇〇〇
指導医	設定の有無	☒ 有 ☐ 無 無の場合は、その理由 ()
	名 称	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 津市〇〇町〇〇番〇号 TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 メールアドレス: 〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp
	指導内容	〇〇〇〇〇

3. 設備に関する事項

(1) 保育室等の面積

保育室等の種類	保育室	観察室	調理室 (専用・兼用)	その他 ()	合計
面 積	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡
乳幼児一人当たり面積	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡	〇〇㎡

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の18の規定により届け出た病児保育事業開始届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)
- 2 料金表及び利用案内・パンフレット
- 3 施設の図面(保育室等の配置がわかるもの)