

令和7年度 合同会社 川越ベビーホーム 重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

本重要事項説明は、保育の提供の開始にあたり、あらかじめ保育の内容等に関する事項について説明するものです。

1 事業運営主体

名称 合同会社 川越ベビーホーム
所在地 川越市天沼新田269-1
電話番号 049-231-5638
代表者名 設置者 安見絵里

2 利用事業

事業の種類 小規模保育事業所(A型)
事業の名称 合同会社 川越ベビーホーム
事業の所在地 川越市天沼新田269-1
連絡先 電話番号 049-231-5638
FAX 049-236-3026
管理者 施設長 安見絵里

対象児童 児童福祉法及び子ども・子育て支援法の定めるところにより、保育を必要とする小学校就学前の子ども

利用定員	満1歳以上満3歳未満の児童	12人
	満1歳未満の児童	3人

開設年月日 平成29年4月1日

事業所番号 1120152000191

3 事業の目的・運営方針

合同会社 川越ベビーホーム（以下「当事業」という。）は、以下の運営方針に基づき、保育を必要とする子どもを日々受け入れ、保育を行うことを目的とします。

◎保育理念及び目標

乳幼児の心身の健全な発達を助長し、家庭的な雰囲気の中で未来を生きる子どもを育てる。

- ・おもいやりのある子
- ・すなおな子

- ・げんきな子
- ・やさしい子

◎保育指針

- ・毎日の散歩を通し、危険な物（車など）を認識させ命を守る行動のできる子に育てる。
- ・異年齢の子と手をつなぎ歩く事により、思いやり、優しさを持つ事ができる子に育てる。
- ・外遊びを通し、体力をつけ、元気な子に育てる。
- ・歌やダンスを通して感情表現を豊かにし、素直な子に育てる。

4 当事業における事業・設備等の概要

(1) 施設

敷地	敷地全体	5 0 3 . 1 5 m ²
	園庭	1 6 7 m ²
園舎	構造	木造
	延べ床面積	1 4 9 . 0 5 m ²

(2) 主な設備

乳児室	1 2 . 4 2 m ²
保育室	5 1 . 3 4 m ²

5 職員の設置状況

施設長 1名、保育士 5名、栄養士 1名

*ただし、員数について、基準を下回らない範囲で増減することがある。

当事業では、川越市家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準を定める条例（平成26年条例第104号）に定める基準を遵守し、保育の実施に必要な職員として、上記の職種を配置しています。

事業の運営上必要な場合には、上記の人数よりも多く配置することがあります。

<各職種の勤務体系>

職種 勤務体系

7：30～16：00、8：30～17：00、9：00～17：30、
9：30～18：30

*ローテーションにより、各保育士の勤務日及び勤務時間帯は異なります。

6 保育を提供する日

保育を提供する日は、月曜日から土曜日までとします。

ただし、年末年始（12月29日から1月3日）及び祝日は休園となります。

7 保育を提供する時間

保育を提供する時間は、次のとおりとします。

(1) 保育標準時間認定に係る保育時間

保育標準時間認定に係る支給認定証を市町村から交付されている方の場合、
7時30分から18時30分までの範囲内で、保育を必要とする時間となります。
上記以外の時間外保育は提供いたしません。

(2) 保育短時間認定に係る保育時間

保育短時間認定に係る支給認定証を市町村から交付されている方の場合、
8時00分から16時00分までの範囲内で、保育を必要とする時間となります。
なお、上記以外の時間帯において、やむを得ない理由により保育が必要な場合は、
7時30分から8時00分まで又は16時00分から18時30分までの範囲内で、
時間外保育を提供いたします（時間外保育の利用に当たっては、通常の保育料の他に、別途利用者負担が必要となります）。

(3) 土曜日保育

7時30分から18時30分までの範囲内で、保育を必要とする時間となります。
上記以外の時間外保育は提供いたしません。
職場にて就労証明書を記入して、前月の20日までに提出して頂きます。

8 提供する保育等の内容

当事業は、保育所保育指針（平成20年3月28日厚生労働省告示第141号）を踏まえ、
以下の保育その他の便宜の提供を行います。

(1) 一日の日程

別表参照。

(2) 食事の提供

献立表は毎月別途お知らせします。

食物アレルギー等がある場合には、医師の診断書を提出していただきます。

除去食については、ご相談ください。

9 利用料金

(1) 特定地域型保育に係る利用者負担（保育料）

支給認定を受けた市町村が定める保育料をお支払いいただきます。

(2) 保育の提供に要する実費に係る利用者負担金等

(1) に掲げる保育料のほか、別表に掲げる費用を負担していただきます。

お支払方法については当月25日過ぎに月謝袋をお渡ししますので、当月末までにお支払いください。

10 利用の終了に関する事項

当事業は、以下の場合には保育の提供を終了いたします。

- (1) 子どもが3月31日の時点で3歳に達したとき
- (2) 子どもの保護者が、児童福祉法又は子ども・子育て支援法に定める支給要件に該当しなくなったとき
- (3) その他、利用の継続について重大な支障又は困難が生じたとき

11 嘱託医

当事業は、以下の医療機関と嘱託医契約を締結しています。

(1) 内科

医療機関の名称	医療法人 西部診療所
医院長名	島田尚史
所在地	川越市天沼新田307-1
電話番号	049-233-1114

(2) 歯科

医療機関の名称	さくらの山歯科クリニック
医院長名	内山恵美子
所在地	鶴ヶ島市上広谷2-10 MRビル1F
電話番号	049-237-7564

12 要望・苦情等に関する相談窓口

当園では、要望・苦情等に係る窓口を以下のとおり設置しています。

当園ご利用相談窓口

窓口担当者	釈迦戸とも子
苦情解決責任者	安見 絵里
ご利用時間	13:00～17:00
電話番号	049-231-5638
FAX	049-236-3026

13 虐待の防止の為の措置に関する事項

子どもの人権を守る為、複数保育の実施並びに施設内での言動に注意し合う環境作りに努める。

14 非常災害時の対策

防火管理者名 施設長 安見絵里

非常時の対応 別途に定める、消防計画書（制作中）により対応いたします。

防災設備 自動火災報知機・ガス漏れ報知機 有

誘導灯 設置予定

避難・消火訓練 避難及び消火の訓練は、毎月 1 回以上実施します。

1 5 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

当事業者では、以下の保険に加入しています。

- | | | |
|----------|-------|--------------|
| ① 賠償責任保険 | 死亡の場合 | ¥ 20,000,000 |
| ② 傷害保険 | 死亡の場合 | ¥ 2,000,000 |
| | 入院の場合 | 1 日…¥3,000 |
| | 通院の場合 | 1 日…1,500 |

1 6 当事業におけるその他の留意事項

喫煙 当事業の敷地内はすべて禁煙です。

宗教活動、政治活動、営利活動 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

1 7 緊急時の対応

園児に病状急変等の緊急事態が発生した場合には、保護者の指定する以下の医療機関及び緊急連絡先等へ速やかに連絡を行います。

かかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊 急 連 絡 先 ①	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
緊 急 連 絡 先 ②	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

18 連携施設

当事業は、以下の幼稚園と連携契約を締結しています。

連携施設の名称	認定子ども園 霞が関幼稚園
所在地	川越市霞ヶ関北6丁目3番1
連携協力の概要	① 保育の支援 ② 代替保育の提供 ③ 卒園児の受け皿の確保
電話番号	049-231-1777

別表

1 保育の提供に要する実費に係る利用者負担金

項目	内容、負担を求める理由、目的	金額
消耗品	オムツ、お尻ふき、ティッシュ等	各自持参
行事費	遠足時等の入園料等	実費(1名当たり¥100程度)

2 時間外保育に係る利用者負担

原則、時間外保育の実施はありませんが、アクシデント等（電車の遅れなど）時のみ下記の表の通りで実施します。

設定区分	延長保育利用時間	金額
保育標準時間認定	設定なし	¥175／5分
保育短時間認定	7:30～8:00、16:00～18:30	¥50／5分

※利用上の注意

- 1 伝染病などの疑いがある、又は37.5℃以上の熱がある場合はお預かりできません。
(伝染病に罹った場合は、主治医より治癒証明書を貰ってきてください)
- 2 熱が37.5℃以上、下痢、嘔吐を2回の時点で電話を入れますので、速やかなお迎えをお願いします。

- 3 お薬を持参される場合、医師の処方されたものを1回分ずつお持ちください。
市販のものは受け付けておりません。
- 4 勤務先や連絡先に変更があった場合、いつもと違う方がお迎えに来る場合は、必ずお知らせください。
- 5 お迎えが予定よりも遅れる場合は、ご連絡ください。(前もって分かっている場合は、事前にノート等で、当日急な場合は5時半までにご連絡ください)
- 6 退所が決まった場合は、速やかにお知らせください。
- 7 お子様が傷害を被った際は、当園が加入する保険会社の規定範囲内で補償させていただきます。但し、お子様に持病がある場合(お子様に持病がある場合は、健康状態表に詳しくご記入ください)、持病、障害等に偽りの起債があった場合、持参していただいたお弁当が原因の食中毒などの場合は、責任を負いかねますのでご了承ください。
- 8 月途中の退園や登園が一度もなかった場合も保育料はかかります。
一度納めていただいた入園料においては、返金できかねますのでご了承ください。
- 9 お仕事がお休みの場合は、お休みのご協力をお願いします。
- 10 全ての持ち物には記名をお願いします。
(タオル、靴下、服、靴、布団、オムツ、ビニール袋等)
- 11 ヘアゴムをしてくる場合は、飾りのないものか、あっても柔らかい素材のものでお願いします。
- 12 連絡帳は、毎日ご記入ください。お忙しい時は、サインでも構いません。
- 13 バッグは、なるべくファスナー付きのものでお願いします。
(オムツ等を持ち帰りますので大きめの物でお願いします)
- 14 健康診断を行いましたら、母子手帳のコピーを持ってきてください。

当園における保育の提供を開始するに当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

保育園名 合同会社 川越ベビーホーム
説明者職員名 園長 安見絵里

私は、本書面に基づいて川越ベビーホームの利用に当たっての重要事項の説明を受け、同意しました。

年 月 日

保護者住所

児童氏名

保護者氏名

印

児童から見た続柄

個人情報使用同意書

下記児童及びその保護者等に係る個人情報については、以下の目的のために必要最小限の範囲内において使用することに同意します。

※教育・保育施設への円滑な移行・接続が図れるよう、卒園に当たり入所する施設との間で情報を共有すること。

※他の保育所等へ転園する場合その他兄弟姉妹が別の施設等に在籍する場合において、他の施設・事業との間で必要な連絡調整を行うこと。

※緊急時において、病院その他関係機関に対し必要な情報提供を行うこと。

合同会社 川越ベビーホーム 施設長 安見絵里

年 月 日

保護者住所

児童氏名

保護者氏名

印

/児童から見た続柄