

別記第4号様式の3②（個人事業主用）

居宅訪問型保育事業 運営状況報告 (令和 3年 10月1日現在)

1 事業所の名称	居宅訪問保育サービス はな					
2 事業所の所在地	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1		電話 090-9999-9999			
	最寄駅 都営大江戸 線 都庁前		駅 バス・徒歩		1分	
3 設置者名	東京 花子					
4 設置者住所	〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1					
	電話	090-9999-9999	メール アドレス			
5 事業開始年月日	平成 27 年 4 月 1 日					
6 保育サービスの提供地域	東京23区、横浜市、川崎市					
7 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	9:00 ~ 17:00	7:00 ~ 20:00			
	土曜日	9:00 ~ 13:00	7:00 ~ 20:00			
	日・祝祭日	: ~ :	: ~ :			
8 提供する サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> 月極契約 (対象年齢 0歳 6月 ~ 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 定期契約 (対象年齢 歳 月 ~ 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり (対象年齢 歳 月 ~ 歳) <input type="checkbox"/> 夜間保育 (対象年齢 歳 月 ~ 歳) <input type="checkbox"/> 24時間保育 ()		※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。			
※提供しているサービス内容に○を付けてください	提供する全てのサービスに○を付けてください。選択肢以外の保育サービスを実施している場合は、()に内容を記載してください。各サービスの定義は、「記載上の注意」を参照してください。					
9 利用料金	利用形態 年齢	月極額 単位 (月)	定期契約 単位(時間)	一時預かり 単位(時間)	() 単位 ()	その他
	歳児	250,000 円	2,500 円	3,000 円	円	・食事代 提供なし 円
	歳児	250,000 円	2,500 円	3,000 円	円	・入会金 0 円
	歳児	250,000 円	2,500 円	3,000 円	円	・会費 0 円
	歳児	220,000 円	2,000 円	3,000 円	円	・交通費 1,000 円
	歳児	180,000 円	2,000 円	3,000 円	円	・キャンセル料 2,000 円
	歳児	円	円	円	円	() 円
※上記料金の記載にあたり、当様式により難しい場合は、利用形態別・年齢別料金がわかる書類を添付すること。						

(令和 3 年 10 月 1 日現在)										
10 保育している児童 の人数	年齢 保育提供時間	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳以上 (就学前)	学童	計
		2時間以下		1						
2時間～4時間以下				1						1
4時間～6時間以下										
6時間～8時間以下										
8時間～										
計			1	1						2

10月1日に預かった人数を記入してください。
 なお、10月1日に預かりがない場合は、直後の営業日(1週間以内)の預かり人数を記入してください。
 ※10月1日から1週間以内に預かりがない場合、当該欄は記入不要です。

11 時間帯別の利用児童数 (月極・一時預かりを含めた延 人数を記入してください。)	年齢 保育提供時間	0歳	1歳	2歳	3歳	計
		7:00～8:59				
9:00～16:59			1	1		
17:00～17:59						
18:00～18:59						
19:00～19:59				1		1
20:00～21:59			1	1		2
22:00～23:59						
0:00～6:59						
上記のうち主たる保育時間である 11時間について再掲 9:00～20:00			1	1		2

12 保有する資格等 (保有するものに○をすること。)

保育士 ・ 看護師 ・ (公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター
 その他 ()

それぞれの研修の説明は、「記載上の注意」のとおりです。該当する研修に○をしてください。複数選択可能。

13 研修等受講状況 (該当するものに○をし、直近の受講時期を記入してください。)

居宅訪問型保育基礎研修	受講時期	年	月
子育て支援員研修 (地域保育コースに限る)	受講時期	年	月
家庭的保育基礎研修	受講時期	年	月
(公社)全国保育サービス協会のベビーシッター養成研修及び現任研修	受講時期	年	月
その他 ()	受講時期	年	月

14 13以外の研修等の参加状況 (直近の状況を記載すること)

参加 (研修名等：心肺蘇生訓練研修)	H30	年	8	月	2	日	無
(研修名等：乳幼児の遊び)	H29	年	2	月	2	日	
(研修名等：)		年		月		日	

15 保険加入状況

加入	保険の種類	賠償責任保険、傷害保険・その他 ()
※保険契約書別添	保険事故 (内容)	賠償：受託者における児童の保険事故の補償 傷害：管理下における事故による死亡、入院、通院費等の補償
未加入	保険金額	賠償：2億/1事故 傷害(最高)：3000万円/人

16 提携医療機関

機関名	} 提携医療機関は無し。 保育中の児童の急変については、保護者に連絡の上、かかりつけ医を受診予定
所在地	
電話番号	
提携内容	

17 保育計画の有無

有 (年間・月案・週案・日案・行事予定・保育目標) ・ 無

18 保護者との連絡状況

連絡帳の作成	有	無
緊急連絡表の作成	有	無
その他 ()	有	無

19保護者及び利用希望者の事前の面接		<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
20利用開始時の健康状態観察		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (体温 排便 食事 睡眠 顔ぼう)	<input type="checkbox"/> 無 その他 ()
21利用開始時の個別検査		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (服装 外傷 清潔 他 ())	<input type="checkbox"/> 無
22児童の健康診断	利用開始時	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書の提出	母子健康手帳で確認 <input type="checkbox"/> 未実施
	利用開始後	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書の提出	母子健康手帳で確認 回/年 <input type="checkbox"/> 未実施
23けがや病気の時の措置		<input checked="" type="checkbox"/> 保護者へ連絡	医療機関への受診 その他 ()
24保育者の健康診断		直近実施日	令和 3 年 4 月 10 日 <input type="checkbox"/> 未実施
25検便		<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (毎月 隔月 回/年)	<input type="checkbox"/> 未実施
26乳幼児突然死症候群に対する注意	睡眠中の乳幼児のきめ細かな観察	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	仰向け寝	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	禁煙の厳守	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
27安全確保 (実際に安全対策のためにやっている内容を記載すること)	安全対策	(毎月、心肺蘇生訓練を実施している。訪問先の非常口の確認を怠らない。)	
	事故防止	(保育開始前に保育実施場所の安全点検を必ず行う。)	
	緊急対策	(保護者の連絡先は、複数の連絡先を確認している。近隣の医療機関の確認を行う)	
28利用者等への情報提供	サービス内容等の掲示	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	利用者への契約時の書面交付	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	利用予定者への契約内容等の説明	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
29児童票の作成状況		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (家庭状況 既往症 健康状況 成長記録 健康診断記録)	<input type="checkbox"/> 無
30帳簿の作成、整備状況	資格証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	研修修了書	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	児童利用状況表	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
31マッチングサイトへの登録状況	マッチングサイトへの登録	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	登録がある場合、マッチングサイト名及びURL	サイト名 URL	サイト名 URL
32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 checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(有の場合、その命令の内容) 事業停止命令 ・ 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)	

《添付書類》 ※設置届の際に提出した書類から内容に変更がない場合は添付不要

- 1 有資格者 (保育士・看護師・認定ベビーシッター) の場合は、資格が確認できる書類の写し
上記資格がない方で、居宅訪問型保育基礎研修、子育て支援員研修 (地域保育コースに限る)、家庭的保育基礎研修、(公社) 全国保育サービス協会のベビーシッター養成研修及び現任研修等の研修修了者については、当該修了書の写し
- 2 上記 1 4 に記載した直近の研修の受講状況がわかる書類 (受講証の写し等)
- 3 事故にかかる保険会社との保険契約書類の写し
- 4 パンフレットや料金表等施設の運営状況を把握する上で参考となる資料

記入者	東京 花子
連絡先	090-9999-9999