

サンキッズランド勝川駅前 入園のしおり（重要事項説明書）

(1) 設置者の概要

設置者の名称	サンヨーホームズコミュニティ株式会社
設置者の所在地	〒550-0005 大阪市西区西本町 1-4-1
設置者の連絡先	TEL 06-6578-3465 FAX 06-6578-3464
代表者氏名	代表取締役 小山 明

(2) 事業所の概要

種別	企業主導型保育事業			
名称	サンキッズランド勝川駅前			
所在地	〒486-0931 春日井市松新町 5-8-7			
連絡先	TEL 0568-37-3255 FAX 0568-37-3256			
保育責任者	太田 智佳			
開設年月日	平成 31 年 4 月 1 日			
利用定員	0 歳児	1 歳児	2 歳児	合計
	5 名	7 名	7 名	19 名
利用定員の内訳	自社従業員枠：2 名、共同利用枠：8 名、地域枠：9 名			
当園の基本理念・方針	<p>【基本理念】</p> <p>子ども一人ひとりの最善の利益を大切にし、子どもの多様な個性を認め、思いやりのある豊かな人間性を育む。</p> <p>【保育方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・快適で安全な満たされた環境のなかで、養護と教育が一体となった保育を通して、心身ともに健やかな身体を育む。 ・子ども一人ひとりの発育と多様な個性を尊重し、自己の力や気持ちを主体的にのびのびと表現する力を育む。 ・園内外の生活や遊びを通して、喜びや驚き・美しさなど様々な体験をし、豊かな好奇心と感性を育む。 ・家庭的な雰囲気のある生活と遊びのなかで、人と交わる楽しさや大切さへの理解を深め、お互いを認め思いやる気持ちを育む。 			

(3) 施設の概要

敷地	敷地全体	1,571.79 m ² (ローレルコート勝川駅前)
	代替園庭	2,410 m ²
園舎	構造	鉄筋コンクリート造
	延べ面積	149.21 m ²

(4) 主な設備の概要

設備	部屋数	備考
保育室 (0歳児)	1 室	有効面積 16.70 m ²
保育室 (1～2歳児)	1 室	有効面積 42.63 m ²
便所 (児童用)	1 室	沐浴設備を兼ねる
便所 (職員用)	1 室	
事務室	1 室	医務室・職員休憩室を含む
調理室	1 室	

(5) 職員体制 (令和7年4月1日現在)

職種	員数	常勤	非常勤	備考
園長	1人		1人	
保育責任者	1人	1人		
保育士	7人	5人	2人	保育責任者1名含む
連携推進員	1人	1人		
調理員	1人	1人		調理師、子育て支援員

(6) 保育を提供する曜日等

提供する曜日	月～土曜日	
開所時間	午前7時～午後7時	
休業日	日曜日・祝日・年末年始 (12月29日～1月3日)	
保育時間	午前7時30分～午後6時30分 (11時間)	
延長保育時間	朝：午前7時～午前7時30分	夕：午後6時30分～午後7時

(7) 利用料等

保育料 (全年齢共通)	共同利用枠	30,000 円/月	※住民税非課税世帯 及びその他無償化対象の方は 0 円
	地域枠	37,000 円/月	
延長保育利用料	朝夕それぞれの時間帯において、1,000 円/月		
実費費用	帽子代 1,200 円 (入園時のみ)		
支払方法	・口座振替とし、現金での授受は行なわないものとします。 ・領収証は発行しないものとします。		

(8) 提供する保育の内容

子ども・子育て支援法、その他関係法令等を遵守し、保育所保育指針に準じ、事業の特性に留意して、利用子どもの心身の状況等に応じた保育を提供します。

(9) 年間行事予定

月	行事内容 (予定)
4 月	入園進級式
5 月	
6 月	内科健診、歯科健診
7 月	七夕まつり、水あそび
8 月	
9 月	お月見
10 月	内科健診
11 月	保育参観
12 月	クリスマス会
1 月	お正月あそび
2 月	節分
3 月	ひなまつり、お別れ会、卒園式

(10) 利用の開始及び終了に関する事項及び利用に当たっての留意事項

利用枠	共同利用枠	地域枠
利用条件	・『従業員枠共同利用契約書』の締結 ・就労証明書の取得又は居住自治体の保育認定の取得	・就労証明書の取得又は居住自治体の保育認定の取得
決定	利用契約書の締結による	
終了条件	・利用条件に該当しなくなったとき (卒園を含む。) ・保護者から退園の申出があったとき ・その他利用継続に重大な支障又は困難が生じたとき	・2・3号認定子どもに該当しなくなったとき (卒園を含む。) ・保護者から退園の申出があったとき ・その他利用継続に重大な支障又は困難が生じたとき

(11) 嘱託医

医療機関の名称	医療法人和恵会 はやかわ・すずきクリニック
医院長名	早川 宗規
所在地	春日井市柏原町 3-185
電話番号	0568-83-8777

(12) 嘱託歯科医

医療機関の名称	たけし矯正こども歯科
医院長名	徳倉 健
所在地	春日井市松新町 4-2-11
電話番号	0568-31-4182

(13) 緊急時における対応方法

<ul style="list-style-type: none">・緊急時及び災害時は、避難車と自力歩行にて避難いたします。・緊急時及び災害時は、速やかに保護者又は緊急連絡先、その他関係機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。・保護者への連絡は、電話による連絡又は保育アプリ「コドモン」のお知らせ配信機能による配信、Web171を使用いたします。
--

【管轄する消防署】

消防署名	春日井市消防本部
所在地	春日井市北城町 3 丁目 2-2
電話番号	0568-56-0119

【管轄する警察署】

警察署名	春日井警察署
所在地	春日井市八田町 2-43-1
電話番号	0568-56-0110

(14) 非常災害対策

防火管理者	前田 百々代
消防計画届出年月日	令和 1 年 5 月 22 日
避難訓練	火災を想定した避難訓練、地震を想定した避難訓練の いずれかを月 1 回実施（他に不審者対応の訓練年 2 回）
防災設備	消火器、火災報知器
避難場所	【地震・災害避難場所】 第一避難場所：松新公園 第二避難場所：八光公園 第三避難場所：勝川小学校 水害避難場所：勝川小学校
緊急時の連絡手段	電話、登降園管理システムによる一斉メール配信、Web171

(15) 相談・要望・苦情窓口

相談・苦情受付担当者	各クラス担任	各クラス担任
相談・苦情解決責任者	保育責任者	太田 智佳
第三者委員	柴田 洋平	〒167-005 東京都杉並区南荻 4-39-11 3 階 TEL 03-5336-3390
		レーヴ法律事務所 弁護士

【要望・苦情等への対応方法】

面接・電話・文書等の方法で相談・苦情を受け付けます。（午前 9 時～午後 5 時）

(16) 保険の加入状況

種類	賠償責任保険（学校契約団体）
内容	身体障害・飲食物危険補償・財物損壊、共通支払限度額 3,000 万円/事故（免責 0 円）

種類	独立行政法人日本スポーツ振興センター 災害共済給付制度
負担金 (共済掛金)	年額合計：365 円/人（保護者等負担額：年額 315 円/人、弊社負担額：年額 50 円/人） ※要保護世帯の場合 年額合計：55 円/人（保護者等負担額：年額 36 円/人、弊社負担額：年額 19 円/人）

給付の対象となる災害の範囲と給付金額

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 ・医療保険並の療養に要する費用の額の
疾病	その原因である事由が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、内閣府令で定めるもの ・学校給食等による中毒 ・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	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	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)	障害見舞金 4,000 万円～88 万円 (通園中の場合 2,000 万円～44 万円)
死亡	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 (園の管理下において発生したもの)	死亡見舞金 3,000 万円（通園中の場合 1,500 万円）
	突然死 運動などの行為と関連のない突然死 (園の管理下において発生したもの)	死亡見舞金 1,500 万円（通園中の場合も同額）

(17) 食事の提供方法

- ・ 保育を提供する日は、毎日食事の提供を行います。(自園調理・完全給食制)
- ・ 間食は午前 10 時と午後 3 時です。延長保育時は、午後 6 時 30 分に補食があります。
- ・ 毎月給食献立表を配布いたします。

(18) 個人情報の取り扱い

- ・ 当園の職員及び職員であった者は、法人で定める『個人情報保護規程』に基づき、その業務上知り得た利用子ども又はその家族の秘密を保持します。ただし、特段の理由がある場合もしくは別に定めのある場合は除きます。
- ・ 当園は、収集・使用・第三者提供を行う個人情報の内容について、あらかじめ保護者より書面にて同意を得ます。

(19) その他保護者に説明すべき事項

内科健診は年 2 回 (春・秋)、歯科健診は年 1 回 (春) を予定しています。

重要事項説明書についての同意書

令和 年 月 日

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

施設名 サンキッズランド勝川駅前

説明者 _____

本書面に基づいてサンキッズランド勝川駅前の利用にあたっての
重要事項の説明を受け、同意します。

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (印) (児童との続柄 _____)

児童氏名 _____