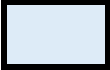


変更様式入力方法についての手引き

(居宅訪問型保育事業者・複数の保育に従事する者を雇用している事業者)

★注意事項

- ・ 内容を変更する項目のみ入力ください。変更しない箇所は**空欄**にしてください。
文言を削除する場合は、「**削除**」と入力ください。
- ・  の箇所は、プルダウンメニューより選択ください。
- ・ **【必須】** の項目は指導監督基準を満たすためには入力が必要となる箇所です。

————— 【入力にあたり注意事項】 —————

施設基本情報										
施設・事業所名		【必須】								
設置者(法人格)		【必須】								
設置者名		【必須】								
管理者		【必須】								
施設の 所在地 (都道府 県)	郵便番 号	【必須】	〒		-					
	都道府 県	【必須】								
	市区町 村	【必須】								
	町名・番 地	【必須】								
	建物名・ 部屋番 号等									
電話番号										
事業開始日		【必須】	西暦		年		月		日	
届け出受理日			西暦		年		月		日	
施設類型区分		【必須】								
指導監督基準適合証明書 交付 (交付年月日)			西暦		年		月		日	
備考										

定員			
定員の有無		【必須】入力しない（定員数が5名以下）	
定員 【必須】	年齢	定員 [単位：人]	保育している児童の人数 [単位：人]
	0歳		
	1歳		
	2歳		
	3歳		
	4歳		
	5歳		
	合計		
備考			

どこか1か所は入力してください。
該当しない欄は「0」を入力ください。

開所している時間・提供するサービスの内容及び当該サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項並びにこれらの事項に変更を生じたことがある場合にあっては当該変更のうち直近のもの内容及びその理由							
開所・閉所時間 【必須】	平日	時	分	～	時	分	
	土曜	時	分	～	時	分	
	日祝日	時	分	～	時	分	
延長保育	有無						
	時間						時間
一時保育							
夜間保育							
24時間保育							
病児保育							

どこか1か所は入力してください。
該当しない欄は入力不要です。

保育料 【必須】	年齢	月極額[単位： 円/月]	定期契約[単位： 円/時間]	一時預かり[単位： 円/時間]
	0歳			
	1歳			
	2歳			
	3歳			
	4歳			
	5歳			
保育料以外の実費	食事代	円/月		
	入会金	円		
	キャンセル料	円		
	その他	円		
変更を生じたことがある場合にあっては当該変更のうち直近のもの内容及びその理由				
備考				

該当する箇所に入力をしてください。
該当しない欄は「0」を入力ください。

保育士その他の職員の配置数又はその予定			
保育従事者数	常勤	【必須】	
	非常勤	【必須】	
有資格者数	保育士	【必須】	
	看護師	【必須】	
	家庭的保育者等	【必須】	人
保育士その他の職員の配置予定		【必須】	
備考			

該当する箇所に入力をしてください。
該当しない欄は「0」を入力ください。

研修修了者はこちらに合計数を入力ください。
該当研修は以下のとおり

- ・ 居宅訪問型保育研修（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ベビーシッター現任研修
- ・ 子育て支援員研修（地域保育コース）
- ・ 家庭的保育者研修（基礎・認定研修）

内訳は備考欄に入力ください。
【例：子育て支援員研修4名・居宅訪問型保育基礎研修3名 など】

指導監督等実績				
前年度年次報告提出実績				
前年度監査実績（改善事項の有無）				
施設の設置者について、過去に事業停止命令や施設閉鎖命令を受けたか否かの別				
行政処分歴1	処分を行った自治体			
	処分の種類			
	処分年月日	西暦	年	月 日
行政処分歴2	処分を行った自治体			
	処分の種類			
	処分年月日	西暦	年	月 日
行政処分歴3	処分を行った自治体			
	処分の種類			
	処分年月日	西暦	年	月 日
備考				

複数ある場合は、2・3の枠に入力してください。

緊急時等の対応等		
保険情報1	保険の種類 【必須】	
	保険事故 (内容) 【必須】	
	保険金額 【必須】	
保険情報2	保険の種類	
	保険事故 (内容)	
	保険金額	
保険情報3	保険の種類	
	保険事故 (内容)	
	保険金額	円
提携医療機関1	名称 【必須】	
	所在地 【必須】	
	提携内容 【必須】	
提携医療機関2	名称	
	所在地	
	提携内容	
提携医療機関3	名称	
	所在地	
	提携内容	
緊急時等における対応方法 【必須】		
非常災害対策 【必須】		
虐待の防止のための措置に関する事項 【必須】		
備考		

契約している保険がない場合は「契約保険なし」と入力ください。

複数ある場合は、2・3の枠に入力してください。

提携がない場合は「提携なし」と入力ください。

複数ある場合は、2・3の枠に入力してください。

その他	
子どもの預かりサービスのマッチングサイトのURL (※ベビーシッターのみ)	
備考	