

申請書【様式① 母の資格取得】

平成 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設名 _____
 ふりがな _____
 施設長名 _____
 〒 _____
 施設住所 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____
 ふりがな _____
 担当者名 _____

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
 母子生活支援施設利用者の就労に関わる資格取得支援助成の申請について

標記の助成につき、要件を満たすため、下記の者を推薦いたします。

〔推薦者〕

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| ふりがな 氏 名 | |
| 現住所 ※施設に入所している場合は 記入不要 | 〒 |
| 生年月・年齢 | 西暦 年 月 (満 歳) |
| 取得を希望する資格 | |
| 受講機関・学校等名称 | |
| 受講予定期間 | [開始]平成 年 月 ~ [終了]平成 年 月 (ヶ月) |
| 必要経費 | 教育課程・講座等の受講料 円 |
| | 交通費等 円 |
| | 計 円 |

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------------|--------------|----|
| 銀行・支店名 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 ・ 別段 | |
| ふりがな 口座名義 | | |

記入時の留意点等【様式① 母の資格取得】

記入日を記入してください。

平成 29年 2月 5日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設情報を記入してください。

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | 母子ホーム |
| ふりがな | たなか たろう |
| 施設長名 | 田中 太郎 |
| | 〒234-5678 |
| 施設住所 | 東京都東京区2-2-2 |
| 電話番号 | 03-1234-5678 |
| FAX番号 | 03-1234-5678 |
| ふりがな | ささき さちこ |
| 担当者名 | 佐々木 幸子 |

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
母子生活支援施設利用者の就労に関わる資格取得支援助成の申請について

標記の助成につき、要件を満たすため、下記の者を推薦いたします。

〔推薦者〕

| | | |
|------------------------------|--|----------------------------|
| ふりがな 氏 名 | やまだ はなこ 山田 花子 | |
| 現住所 ※施設に入所している場合は 記入不要 | 〒123-4567 東京都東京区1-1-1 | ← 施設に入所している場合は不要です。 |
| 生年月・年齢 | 西暦 1985 年 1 月(満 32 歳) | |
| 取得を希望する資格 | 運転免許 | |
| 受講機関・学校等名称 | 東京自動車学校 | ← 予定の場合には名称の後に(予定)と記入ください。 |
| 受講予定期間 | 〔開始〕平成 29 年 4 月 ～ 〔終了〕平成 29 年 7 月 (4 ヶ月) | |
| 必要経費 | 教育課程・講座等の受講料 | 280,000 円 |
| | 交通費等 | 0 円 |
| | 計 | 280,000 円 |

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------|----------------------|----------------------------|
| 銀行・支店名 | 東京 銀行 | 東京 支店 |
| 口座番号 | 普通・当座・別段 1111111 | ← 必ず推薦する施設または法人の口座を記入ください。 |
| ふりがな | ぼしほーむ しせつちょう たなか たろう | |
| 口座名義 | 母子ホーム 施設長 田中 太郎 | |

申請書【様式② 子の就学】

平成 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設名 _____
 ふりがな _____
 施設長名 _____
 〒 _____
 施設住所 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____
 ふりがな _____
 担当者名 _____

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
 母子生活支援施設等に入所する子等への就学資金助成の申請について

標記の助成につき、要件を満たすため、下記の者を推薦いたします。

〔推薦者〕

| | |
|--|--------------|
| ふりがな 児童氏名 | |
| 現住所 ※施設に入所している場合は 記入不要 | 〒 |
| 生年月・年齢 | 西暦 年 月 (満 歳) |
| 入学を希望する学校名 ※学部・学科名等も記入 ※申請締切までに合否未発表 の場合は合格発表日を記入 | (合格発表日 月 日) |

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------------|--------------|----|
| 銀行・支店名 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 ・ 別段 | |
| ふりがな 口座名義 | | |

記入時の留意点等【様式② 子の就学】

記入日を記入してください。 → 平成 29年 2月 5日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設情報を記入してください。 →

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | 母子ホーム |
| ふりがな | たなか たろう |
| 施設長名 | 田中 太郎 |
| | 〒234-5678 |
| 施設住所 | 東京都東京区2-2-2 |
| 電話番号 | 03-1234-5678 |
| FAX番号 | 03-1234-5678 |
| ふりがな | ささき さちこ |
| 担当者名 | 佐々木 幸子 |

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
母子生活支援施設等に入所する子等への就学資金助成の申請について

標記の助成につき、要件を満たすため、下記の者を推薦いたします。

〔推薦者〕

| | |
|--|---|
| ふりがな | やまだ はなこ |
| 児童氏名 | 山田 花子 |
| 現住所 ※施設に入所している場合は 記入不要 | 〒123-4567 東京都東京区1-1-1 |
| 生年月・年齢 | 西暦 1998 年 4 月 (満 18 歳) |
| 入学を希望する学校名 ※学部・学科名等も記入 ※申請締切までに合否未発表 の場合は合格発表日を記入 | 霞が関大学 社会福祉学部 社会福祉学科 児童福祉コース (合格発表日 月 日) |

← 施設に入所している場合は不要です。

下記のような理由で、合格通知書を添付することができない場合には、合格発表日を記入ください。
・合格発表日が申請締め切り以降である場合
・合格発表後であるが合格通知書が手元に届いていない場合 等

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------|----------------------|---------|
| 銀行・支店名 | 東京 銀行 | 東京 支店 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 ・ 別段 | 1111111 |
| ふりがな | ぼしほーむ しせつちょう たなか たろう | |
| 口座名義 | 母子ホーム 施設長 田中 太郎 | |

← 必ず推薦する施設または法人の口座を記入ください。

申請書【様式③ 施設の研究】

平成 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設名 _____
ふりがな _____
施設長名 _____
〒 _____
施設住所 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
担当者職名 _____
ふりがな _____
担当者名 _____

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
母子生活支援施設の先駆的実践に対する研究助成の申請について

下記の研究につき助成いただきたく申請いたします。

〔研究概要〕

| | |
|--|---------------------------------|
| 研究テーマ | |
| 目的 | |
| 研究概要 | |
| 本研究のアピール点 ・どのような先行研究があるのか その先行研究との違い ・他の母子生活支援施設への普及 の可能性 など | |
| 研究期間 | [開始]平成 年 月 ～ [終了]平成 年 月 (年 ヶ月) |
| スケジュール | |

〔研究の体制等〕

| | |
|---------------------|-------------------------|
| 施設の研究体制 | 研究にかかわる職員数()人/職員総数()人 |
| | 研究における各職員の役割と職名 |
| | 〔役割〕 _____ 〔職名〕 _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| 協力研究機関等 (ある場合のみ) | |

〔研究の具体的進め方〕

| | | |
|--------|--------|--------|
| 具体的進め方 | | |
| 所要経費 | 〔収入の部〕 | 〔支出の部〕 |
| | 計 | 計 |
| 助成希望額 | 円 | |

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------|----------|----|
| 銀行・支店名 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 普通・当座・別段 | |
| ふりがな | | |
| 口座名義 | | |

記入時の留意点等【様式③ 施設の研究】

記入日を記入してください。 → 平成 29年 2月 10日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 事務局長 殿

施設情報を記入してください。 →

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | 母子ホーム |
| ふりがな | たなか たろう |
| 施設長名 | 田中 太郎 |
| | 〒234-5678 |
| 施設住所 | 神奈川県泰野市2-2-2 |
| 電話番号 | 03-1234-5678 |
| FAX番号 | 03-1234-5678 |
| 担当者職名 | 主任母子支援員 |
| ふりがな | ささき さちこ |
| 担当者名 | 佐々木 幸子 |

平成29年度「鯉淵記念母子福祉助成事業」
母子生活支援施設の先駆的実践に対する研究助成の申請について

下記の研究につき助成いただきたく申請いたします。

〔研究概要〕

| | |
|--|--|
| 研究テーマ | 母子生活支援施設における親子関係再構築支援について ～別居子のいる世帯の外泊支援に注目して～ |
| 目的 | 全国母子生活支援施設実態調査によると、母子生活支援施設の入所理由についてはDV被害が増え続けているが、その目撃を含めた児童虐待が起きている世帯は少なくない。その中には母親による虐待も確認されており、母子生活支援施設の入所後も虐待の発生を防止するだけでなく、母子の良好な関係を築く支援も重要となる。 母子生活支援施設が社会的養護施設の一役を担う施設として、その役割を發揮できるのは、まさにこの点であることから、この具体的な支援のポイントについて整理することを目的とする。 特に今回は、児童相談所との関係についても明らかにするため、他の社会的養護施設等に別居する子どもがいる世帯を対象に、母子生活支援施設において外泊する場合について研究することとする。 |
| 研究概要 | ・県またはブロック内の施設、および児童相談所にアンケートを実施し、母子生活支援施設における親子関係再構築支援の実際および課題について把握する。 ・アンケート結果をもとに、その詳細について、該当施設、児童相談所にヒアリングを行う。 ・アンケート、ヒアリングをもとに、施設における外泊時のプログラム（事業）を試行する。 |
| 本研究のアピール点 ・どのような先行研究があるのか その先行研究との違い ・他の母子生活支援施設への普及の可能性 など | 本研究に関する先行研究は見当たらない。 福祉事務所だけでなく、児童相談所への調査も行うことで、社会的養護施設の母子生活支援施設の位置づけを検証できること、さらに今後他の社会的養護施設との連携による親子再統合のモデルを創出することで、これまで取り組んでいなかった母子生活支援施設の取り組みにも資する。 |
| 研究期間 | 〔開始〕平成 29 年 4 月 ～ 〔終了〕平成 32 年 3 月（3年 0ヶ月） |
| スケジュール | H29.4～6 アンケート様式の策定 H29.7～9 アンケートの実施、集計 H29.10～11 集計結果の分析、ヒアリング項目の精査 H29.12～H30.2 ヒアリングの実施 H30.3～H30.5 ヒアリング結果の分析、事業の検討 H30.6～H31.9 事業の実施 H31.10～H32.2 事業分析、研究報告書とりまとめ H32.3 研究報告書の発行 |

研究期間の研究の流れを、可能な限り具体的に記入ください。原則として、研究期間中に報告書の発行まで終えてください。

〔研究の体制等〕

| | |
|---------------------|--|
| 施設の研究体制 | 研究にかかわる職員数(8)人/職員総数(10)人 研究における各職員の役割と職名 〔役割〕 アンケート、ヒアリング、事業の実施〔職名〕 母子支援員、少年指導員 アンケート、ヒアリング、事業の分析 (主に)主任母子支援員、心理士 報告書とりまとめ 主任母子支援員、学識者 研究進行管理 施設長 |
| 協同研究機関等 (ある場合のみ) | 県またはブロック内の施設 霞が関大学 社会福祉学部 教授 ●● ●●氏 |

施設による主体的研究であることを確認するための事項です。
協同研究機関や学識者の協力を得る場合にも、主には施設職員が研究にあたることわかるよう、スケジュールに示した内容も踏まえ、各職員の役割を明示してください。

〔研究の具体的進め方〕

| | |
|--------|---|
| 具体的進め方 | <p>○アンケート 対象：母子生活支援施設（10カ所）、児童相談所〔2カ所〕 内容：親子再統合支援を目的とした施設利用の実際、課題について 方法：協同研究機関と共に質問内容を精査し、郵送にて実施。児童相談所については、各施設より直接依頼。 分析：親子再統合支援を目的とした施設利用の有無の程度、無の場合の課題、有の場合の児童相談所と福祉事務所と施設の連携状況、有の場合の施設における具体的支援内容、有の場合の課題について、それぞれ整理。</p> <p>○ヒアリング 対象：親子関係再構築支援が行われている母子生活支援施設（3カ所）、児童相談所（1カ所） 内容：アンケートをもとに、その詳細について確認 方法：職員と学識者（計3名）で、対象機関を訪問し実施。アンケート回答の詳細に加え、検討中のプログラム案について意見をもらう。また、可能であれば、該当母（2名）にもヒアリングを行う。</p> <p>○事業 具体的事業については、親子プログラム、母親プログラムを検討したい。親子プログラムについては関係構築に向けて、当事者のみでは向き合い方、関わり方にもとまどいがあることが想定されるため、プログラムにのせてモデルを示す。 母親プログラムについては、ピアカウンセリングを想定。親子関係再構築への不安、別居子と同居子のきょうだい関係への不安等を共有だけでなく、親子プログラムでの親子での関わりについて良かったと感じる点を振り返る場としたい。</p> <p>○報告書等（研究報告書、ツール等） 配布対象：会員施設（226カ所）、県またはブロック内児童相談所（10カ所） ※具体的事例を含むことが想定されるため配布場所は限る。 配布物：研究報告書 ・アンケート結果、分析 ・ヒアリング結果、分析 ・事業経過、分析 ・親子関係再構築支援における児童相談所、福祉事務所、施設の支援役割、フロー（例）</p> |
|--------|---|

スケジュールに示した内容について、それぞれ具体的な方法を記入してください。
例)
アンケート、ヒアリング等調査調査：
対象、質問項目の内容と作成方法、実施方法、分析の視点等
事業実施：
対象、ねらい、回数、実施方法
報告書：
他施設が活用しやすいよう工夫する点

| | | | |
|------|--|--|---|
| 所要経費 | <p>〔収入の部〕 法人経費 8万円 鯉淵記念母子福祉助成事業 40万円</p> | <p>〔支出の部〕 ○アンケート 作成（印刷50部、送料） 2万円 分析（業者委託） 5万円 ○ヒアリング 交通費 10万円 謝礼（図書カード×5名分） 1万円 分析（業者委託） 10万円 ○事業実施 親子リトミック講師謝金（5,000円×12回） 6万円 リトミック会場賃借料（3,000円×12回） 4万円 工作等消耗品費 5万円 ○会議実施 1万円 ○報告書作成 印刷費（350部） 5万円</p> | <p>〔収入の部〕 助成金の他に収入がある場合も明記してください。 〔支出部〕 スケジュールに示した内容について、それぞれ具体的な支出内容を記入してください。 積算根拠が明らかなものは、その内容も（）書きにて記入してください。 例：印刷部数、単価、実施回数 等 ※いずれも万円単位で記入し、助成金については支出予定総額と同額（他の収入がある場合にはその差額）を決定します。〔収入の部〕 助成金の他に収入がある場合は必ず明記してください。</p> |
| | 計 48万円 | 計 48万円 | |

| | |
|-------|------|
| 助成希望額 | 40万円 |
|-------|------|

〔助成金振込口座〕

| | | |
|--------|----------------------|-------|
| 銀行・支店名 | 東京 銀行 | 東京 支店 |
| 口座番号 | 普通・当座・別段 1111111 | |
| ふりがな | ほしほーむ しせつちょう たなか たろう | |
| 口座名義 | 母子ホーム 施設長 田中 太郎 | |

必ず推薦する施設または法人の口座を記入ください。