

## 船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、「ひとり親家庭等生活向上事業の実施について」(平成28年4月1日発雇児発0401第31号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)に示されている「ひとり親家庭等生活向上事業実施要綱」(以下「国要綱」という。)中「こどもの生活・学習支援事業」に基づくひとり親家庭高校生キャリア支援事業(以下「本事業」という。)の実施について定め、もってひとり親家庭高校生等の学習意欲及び就労意欲の向上並びに日常生活習慣等の改善を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、次の各号に定めるところによる。

- (1) ひとり親家庭等 母子家庭及び父子家庭並びに養育者家庭をいう。
- (2) 養育者家庭 父母のない児童が祖父母等の養育者により養育されている家庭をいう。
- (3) 高校生世代の児童 当該年度4月1日において満15歳から満17歳の間にある者をいう。
- (4) 保護者 前号に定める者を養育している者又は親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護する者をいう。

### (事業内容)

第3条 本事業は、次の各号に掲げる事業を行うものとする。

- (1) キャリア支援に資するセミナー等(以下「セミナー型キャリア支援」という。)
- (2) 学習サポート教室における学習支援(以下「学習支援」という。)
- (3) オンライン学習環境の提供(以下「オンライン学習」という。)
- (4) その他本事業の目的達成に資する事業

2 定員は、前項各号に掲げる事業の内容ごとに市長が別途定めるものとする。

### (対象者)

第4条 本事業の対象となる者は、市内に住所を有する高校生世代の児童等のうち、次の各号に定める者とする。

- (1) セミナー型キャリア支援 ひとり親家庭等の高校生世代の児童及び保護者
- (2) 学習支援及びオンライン学習 児童扶養手当を受給しているまたは同等の所得水準のひとり親家庭等の高校生世代の児童

(3) その他市長が必要と認める者

(参加申請)

第5条 セミナー型キャリア支援への参加を希望する者の保護者は、船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業(セミナー)参加申込書(第1号様式)により申請を行う。

2 学習支援またはオンライン学習への参加を希望する者の保護者は、船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業(学習支援等)参加申込書(第2号様式)により申請を行う。

(参加の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による参加申請を受付けたときは、内容を確認し、本事業への参加の可否について決定するものとする。

2 第3条第2項に定める定員を超える参加申請が同時にされた場合は、抽選により参加者の決定を行う。

3 参加の決定を受けた者が、年度の途中で第4条の規定に該当しなくなった場合でも、当該年度中は本事業の参加資格を有するものとする。

4 市長は、偽りその他不正の手段により本事業への参加決定を受けた者があるとき、当該決定を取り消すことができる。

(参加費)

第7条 本事業の参加費は、無料とする。ただし、会場までの交通費等、本事業外でかかる費用については参加者の自己負担とする。

(補則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

第1号様式

船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業（セミナー）参加申込書

船橋市長 あて

年 月 日

船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業のセミナー型キャリア支援に参加したいので、次の通り申請します。

1. 参加希望者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		住 所	〒 船橋市
連絡先	TEL	— —	mail @

2. 参加希望者の保護者

ふりがな		続柄	保護者の参加 有無	
氏 名				
保護者連絡先	TEL	— —	mail	@

3. 参加を希望するセミナー

開催日	
セミナー名	

4. 個人情報の取扱いに関する同意について

第2号様式

船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業（学習支援等）参加申込書

船橋市長 あて

年 月 日

船橋市ひとり親家庭高校生キャリア支援事業の学習支援等に参加したいので、次の通り申請します。

1. 参加希望者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		住 所	〒 船橋市
連絡先	TEL	— —	mail @

2. 参加希望者の保護者

ふりがな		続 柄	
氏 名			
保護者連絡先	TEL	— —	mail @
緊急連絡先	TEL	— —	【続柄： 】
参加要件	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> その他		

3. 参加を希望する学習支援教室（どれか1つに○をつけてください）

※定員を超える応募があった場合は、抽選となります。

4. 個人情報の取扱いに関する同意について