

②補助事業執行計算書(第1号様式(要領第6項関係))

第1号様式(要領第6項関係)

<1/4>

補助事業執行計画書

1 実施団体概要						
団体名		世田谷医ケア児支援会				
団体所在地又は活動拠点		〒〇〇〇-〇〇〇〇 世田谷区宮坂3-〇-〇				
代表者		肩書き 会長				
提出する「会員名簿」の会員数、区民数と一致させてください。		氏名		世田谷 太郎		
会員		20 名		事業(会計)年度		
		うち区内在住、在学、在勤者 15 名		4 月から 翌年 3 月 まで		
団体設立年月		平成26年4月1日		活動開始年月日 平成26年8月1日		
団体等連絡先		電話	03-0000-0000		FAX	03-0000-0000
		E-mail	XXXX@XXXXXXXXX.jp			
		ホームページ	http://www.XXXX			
当該事業年度の予算		収入	90 万円	前事業年度の収支 (前事業年度に収支が無い場合は前々事業年度) ()年度	収入	80 万円
		支出	90 万円		支出	78 万円
団体の活動目的		医療的ケア児の家庭の多くは、医療機器の持ち運びや医療的ケア児の体調の不安定さから家族での外出の機会を持つことが難しく、レジャーを含めた家族での外出の機会を持ちづらい状況があり、きょうだいも淋しい思いをしているのを見て、子どもが子どもらしく、同年齢の子が体験していることを体験させる支援を始めました。				
		活動を開始したきっかけ、または団体としての活動目的を記入してください。「会則」などに明記がある場合は、目的の記載されている箇所を記入してください。(例:「〇〇第〇条」に記載等				

補助事業執行計画書

団体のこれまでの 主な活動実績や 経歴等	・平成26年10月に宮坂で「医療的ケア児」を受け入れる施設のサポートを始めました。 ・27年度～29年度にはデイキャンプを実施しました。
団体を設立するきっかけ、これまでの活動歴を記入してください。 25万円を上限とする助成→過去1年分 50万円／100万円を上限とする助成→過去3年分 ※該当の有無を審査しますので、詳細に記入してください。 ※過去に医療的ケア児等支援事業補助金を受けたことがある場合はその内容も記載してください。	
団体の 現在の活動内容	・医療的ケアが必要なお子さんやそのご家族がかけがえない時間を過ごしていただくために、バーベキュー大会やきょうだい児だけのソロキャンプなど企画しています。

過去に世田谷区医療的ケア児支援事業補助金の補助を受けたことがある場合、その事業名と補助回数	事業名		回数	回
	事業名		回数	回

提出書類

会則、定款、約款等、団体の目的等の運営方法が分かる書類	○
設立時総会の議事録等、団体発足(活動開始)年月日が分かる書類	○※1
会員名簿	○※2
当該事業年度の事業計画書	○
当該事業年度の予算が分かる書類	○
直近の総会議事録	○
事業報告書(原則、総会で議決したもの。過去1年分)	○
決算書、会計報告等、過去の収支が分かる書類(原則、総会で議決したもの。過去1年分)	○

※1 団体発足年月日を定めた書類が無い場合、活動開始年月日が分かる書類を提出
会則等の書類に発足年月日が記載されている場合は提出不要

※2 団体に属する者の名簿を提出

2 補助事業執行計画

事業名		医療的ケア児ときょうだいのデイキャンプ		【事業担当者】	
実施場所		東京都内で実施		フリガナ セタガヤ ハナコ	
(補助対象期間内における) 事業実施期間		令和7 年 6 月 1 日 から 令和8 年 3 月 31 日		氏名 世田谷 花子	
後援・協賛・共催等で 協力を受ける団体				自宅Tel 03-XXXX-XXXX	
事業PR(100字以内) ※助成事業の概要を簡潔に書いてください。 ※申請者名とこの欄は、助成決定後、区の公表資料となります。あらかじめご了承ください。		医療的ケアが必要でも障害があっても子どもが子どもらしい経験ができるような、そしてファミリーが笑顔になれるようなデイキャンプを企画します。部屋に閉じこもっていないで、誰かだけ家で待っていることがないよう、家族みんなで参加できるようスタッフ全員で待っています。		FAX 03-XXXX-XXXX	
				携帯Tel 090-XXXX-XXXX	
				補助事業の準備から完了までの期間を記入します。 補助対象期間内(令和7年6月1日から令和8年3月31日まで)の日付を記入してください。	
事業内容(1) (今回の事業は何を目指して実施しますか?)		・事業の目標・目的 ・医療的ケア児やその家族が地域の身近な支援者や同じ悩みを抱えた親同士、きょうだい同士がつながり交流ができる機会をつくる。 ・子どもが子どもらしい体験をすることにより、お子さん自身の発達発育を促すとともに、かけがえのない思いでづくりに寄与する。			
事業内容(2)－① (どのような計画で実施しますか?)		・事業概要(具体的にどのようなこと 医療的ケアが必要でも障害があっても子どもが子どもらしい経験ができるために、医療者がバックアップ体制をとり、デイキャンプを実施する。 ・スケジュール詳細等(実施 対象：医療的ケア児ときょうだい児、その家族 年齢：医療的ケア児ときょうだい児いずれかが18歳未満 参加予定者：50名程度			
		事業の目標を実現するために、誰を対象にして、具体的に何をするのかを記入します。 以下の項目について記入します。 ・対象者(親、子、〇〇地域在住のみなさんなど) ・年齢(〇歳～〇歳) ・参加予定人数			

補助事業執行計画書

	・事業参加予定者の募集方法 ホームページでの募集、地域の児童館等にちらし配布依頼
事業内容(2)－②	チラシ等を配布する場合は、配布先と配布枚数の内訳を具体的に記入してください。 ・医療的ケア児支援事業補助金以外の財源 ※該当するものに○を付けてください。 参加費 ・ 自己資金 ・ その他の助成金・補助金 その他() ・団体の会員など事業実施者の役割 提出する「補助金計算書」の収入の項目と一致させてください。 【同一事業で基金の助成を受けたことがある団体のみご記入ください】 ・前回申請からの変更点(事業発展のため新たに工夫や追加をしたことなど)
事業実施の効果 (事業を実施することで、期待される効果はどのようなことですか?)	・事業参加者への効果 ・ 医療的ケア児やその家族が地域の身近な支援者や同じ悩みを抱えた親同士、きょうだい同士がつながり交流ができる機会をつくる。 ・ 子どもが子どもらしい体験をすることにより、お子さん自身の発達発育を促すとともに、かけがえのない思いでづくりに寄与する。 補助事業を実施することえ期待される効果について、記入してください。
今後の実施計画概要 ※詳細を別紙で添付することも可	・今後の展望 ・ 今後も医療的ケア児やその家族が地域の身近な支援者や同じ悩みを抱えた親同士、きょうだい同士がつながり交流ができる機会をつくるとともに、子どもが子どもらしくすごせる地域社会の育成に寄与する。 ・今後の実施内容等 ・ 事業実施後、アンケート等を実施し、医療的ケア児ときょうだい児がいるご家庭のニーズを把握し、子どもらしい体験とはなにか、そして支援の輪を広げていくにはなにをしたらいいかを考え実践していく。 医療的ケア児等支援事業が終了した後の活動について、その見通しを記入してください。