

東京都板橋区バースデーサポート事業実施要綱

(令和5年6月26日区長決定)

(目的)

第1条 この要綱は、健診等行政が関わる機会が少ない1歳前後の子どもがいる家庭に対し、家事・育児パッケージの配付を通じて、子育て支援の情報提供や家庭状況の把握等を行い、子どもの発育発達や、子育て等の相談支援体制を強化し、子ども及びその保護者の心身の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(対象家庭等)

第2条 本事業の対象家庭（以下「対象家庭」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 1歳を迎える誕生日に、板橋区内（以下「区」という。）に住所を有する子どもを養育する世帯
- (2) 区が行う子育てに関するアンケートに回答及び返信する等により子どもの発育発達や子育ての状況について把握できた家庭

2 対象家庭の把握は、次に掲げる方法により行う。

- (1) 東京都板橋区住民基本台帳
- (2) 保護者からの申出等

(事業の内容)

第3条 本事業は、とうきょうママパパ応援事業実施要綱(平成27年5月27日付け26福保子家第1628号)に規定するバースデーサポート事業に即したものとし、次に掲げる内容とする。

- (1) 子育ての支援に関するニーズを把握し適切な指導又は助言を行うためのアンケートの実施に関する事。
- (2) 家事・育児パッケージの配付に関する事。
- (3) 子育ての相談に関する事。
- (4) 子育てサービスの情報提供に関する事。

2 前項第2号に掲げる家事・育児パッケージの配付は、1歳児1人につき1回限りとする。

(申請)

第4条 前条第1項第2号の家事・育児パッケージの配付を希望する対象家庭は、子どもが2歳となる前日までの間に、電子申請サービスを通して区に提出するものとする。なお、電子申請サービスの利用ができない対象家庭は、バースデーサポート事業に係る申請書兼アンケート（別記様式）を区に提出するものとする。ただし、区長が特別な事情があると認める場合は、この限りではない。

(家事・育児パッケージの品目)

第5条 家事・育児パッケージの品目は、現金以外の物品であって、子育て支援に資するものとし、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、同表の右欄に定める上限額内とする。

区 分	上限額
令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に出生した第1子	10,000円
令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に出生した第2子	20,000円
令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に出生した第3子以降の子	30,000円
令和5年4月1日以降に出生した第1子	60,000円
令和5年4月1日以降に出生した第2子	70,000円
令和5年4月1日以降に出生した第3子以降の子	80,000円

*注 対象家庭における出生順位の判定については、区に住所を有し、かつ、18歳未満であることとする。

(家事・育児パッケージの配付状況の把握)

第6条 区は、家事・育児パッケージの配付状況を適切に把握しなければならない。

(関係機関等との連携)

第7条 本事業の実施に当たっては、関連事業等について活用するとともに、関係機関との連携を密にし、地域における支援のネットワークの構築及び強化を図るものとする。

(子育て支援等の実施)

第8条 区は、第4条で提出された、アンケートの回答に基づき必要に応じ、子育て支援その他区長が必要と認める支援を実施する。

(転売及び譲渡の禁止)

第9条 第3条第1項第2号の家事・育児パッケージの配付を受けた者は、当該家事・育児パッケージに含まれる物品等の転売又は譲渡を行ってはならない。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、保健所長が別に定める。

付則

この要綱は、区長決定の日から施行し、令和5年4月1日以後に1歳に達する子どもを養育する世帯について適用する。

付則

この要綱の一部改正は、令和5年9月15日から施行する。

付則

この要綱の一部改正は、令和6年4月1日から施行する。

バースデーサポート事業 申請書兼アンケート

家事・育児パッケージの支給を希望する場合は、以下の全ての項目を必ずご記入ください。

お子さまの名前	(ふりがな)	整理番号 ※案内に記載している数字です。	
生年月日	年 月 日	本事業における 本児の出生順位	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降
現住所	〒 ー ー 板橋区 ※引っ越しなどにより、ギフトの郵送希望先が現住所と違う場合は以下もご記入ください。 (郵送希望先 〒 ー ー)		
保護者の名前 連絡先	電話 ー ー	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()

対象児以外の生計を同一にする18歳未満のお子さま		同居の有無
名	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
名	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
名	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

1. 現在、子育てについて心配なことや家庭で困っていることはありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 特にない	<input type="checkbox"/> 子どもの発育	<input type="checkbox"/> 子どもの発達	<input type="checkbox"/> かんしゃく
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 歯・口のこと	<input type="checkbox"/> きょうだいのこと	
<input type="checkbox"/> 保護者の体調のこと(疲労・ストレスなど)	<input type="checkbox"/> 協力者がいないこと		
<input type="checkbox"/> その他 []			

2. 1で選択した内容について、どなたかに相談したことはありますか。

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	※健康福祉センターでは、お電話等で育児のご相談をお受けしています。ぜひご活用ください。
-----------------------------	-----------------------------	---

3. 2で「ある」を選択した方にお聞きします。どなたに相談しましたか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 配偶者・パートナー	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 友人	<input type="checkbox"/> 保育園	<input type="checkbox"/> 児童館
<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 健康福祉センター	<input type="checkbox"/> 子ども家庭総合支援センター		
<input type="checkbox"/> その他 []				

4. 今まで活用した子育てに関するサービスで役に立ったものはありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 妊婦面接	<input type="checkbox"/> 母親学級	<input type="checkbox"/> 両親学級	<input type="checkbox"/> 新生児等産婦訪問
<input type="checkbox"/> 産後ケア	<input type="checkbox"/> 産後ドゥーラ	<input type="checkbox"/> 出産子育て応援事業	<input type="checkbox"/> 2・3か月児の母と子の会
<input type="checkbox"/> 育児相談	<input type="checkbox"/> 離乳食講習会	<input type="checkbox"/> 乳幼児歯科健診	<input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター
<input type="checkbox"/> 育児支援ヘルパー	<input type="checkbox"/> ベビーシッター利用支援事業	<input type="checkbox"/> 児童館	<input type="checkbox"/> 一時保育
<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他 []			

同意事項

私は、次の事項に同意します。

- ・本アンケートの回答をもって家事・育児パッケージの支給を希望すること。
- ・支給額決定のため、区が世帯状況を必要な範囲で調査すること。
- ・家事・育児パッケージ送付にあたり必要な情報を発送元事業者等に提供すること。
- ・本アンケート内容について、子育て期の切れ目ない支援に必要となる場合には、健康福祉センター等の関係機関と情報共有すること。

署名日 年 月 日

署名 _____