（様式１）

＜発信番号＞

＜発信日＞

公益財団法人

ブルーシー・アンド・グリーンランド財団

会 長　前田 康吉　様

＜都道府県　市区町村名＞

＜市区町村長名　印＞

2022年度「子ども第三の居場所」設置意思確認書

当＜市・区・町・村＞は「子ども第三の居場所」の設置を希望し、下記のとおり検討結果についてお知らせします。

※2ヵ所以上希望する場合は、本様式をコピーし、施設ごとにご提出ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 回答（選択の場合はあてはまる項目に☑をつけてください） | | | |
| **展開モデル** | □　常設ケアモデル | | □　学習・生活支援モデル | |
| **運営体制**  貴自治体の関わりや協力団体等をお書きください。 | □　自治体直営で運営 | | □　指定管理者など外部に委託 | |
|  | | | |
| **主管部署** |  | | | |
| **協力部署・団体等** |  | | | |
| **設置場所**  隣接施設・住所をお書きください。 | * 新築 | * 増築 | | * 改築 |
|  | | | |
| **スケジュール**  隣接施設・住所をお書きください。 | 開設事業 | | 運営事業 | |
|  | |  | |
| **対象となる小学校区**  学校名と当該校区を選定した理由をお書きください。 |  | | | |
| **対象となる小学校区内の対象児童とその母数**  対象児童の詳細についてお書きください。（対象が重複しても構いません） | * 生活保護世帯（　　　名） | | * 就学援助受給（　　　名） | |
| * 児童扶養手当受給（　　　名） | | * 不登校（　　　名） | |
| * 発達障害（　　　名） | | * 共働きで孤立（　　　名） | |
| * その他　※制度や理由、人数を具体的にお書きください | | | |
| **支援終了後の運営費**  支援が終了する4年後以降の財源等についてお書きください。 |  | | | |

**※【予算】当初・補正（　　月）を予定。**

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（所属・役職） |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |