

令和2年度上半期トワイライトステイ事業の会員登録申請にあたって

就業などで保護者の帰宅が恒常的に遅くなるご家庭のお子さん（1歳6ヶ月～小学校終期12歳に達する日以後の最初の3月31日まで）を、午後5時～10時までお預かりします。半期ごとに、申請された方を審査のうえ登録いたします。利用するために必要な手続きは以下のとおりです。

1. 利用登録申請

(1) 登録申請受付期間

第一期申請期間：令和2年1月15日（水）～令和2年2月17日（月） ※最終受付は午後5時まで
第二期申請期間：令和2年2月18日（火）以降随時受け付けています。
第一期申請期間を過ぎての申請は、受け付けた順番での登録となります。

(2) 受付時間

開館日の午前9時～午後5時（午後5時以降の受付は、翌開館日付となります。）
※毎月第3土曜日と翌日の日曜日はすこやかの休館日です。
休館日中は、書類の受け取りができませんので予めご了承ください。

(3) 申請受付場所

調布市子ども家庭支援センターすこやか 申請窓口

2. 利用登録申請に必要な書類

就労状況など、ご家庭の状況等を総合的に判断し利用者を決するため、以下の書類をご提出ください。

(1) トワイライトステイ事業利用登録申請書

(2) 家庭状況報告書

恒常的に午後5時～10時までの間に子どもの養育ができないことを確認するために、ご家庭の状況をお知らせください。

通勤等経路：通勤先からすこやかまでの最短の経路をご記入ください。

登録利用者の公平を期すため基準の時間を設ける区間があります。

新宿→国領 28分 国領駅→すこやか 3分

※経路案内ソフト等で確認し、修正させていただく場合があります。ご了承ください。

署名、捺印が必要な箇所は必ずご確認ください。

前年度から継続して利用される方で、転勤、転職、新規採用等就労状況に変化があった方は必ずお申し出ください。

(3) 世帯状況を確認するための書類（対象者のみ）

- ・生活保護受給証明書
- ・ひとり親医療証
- ・市民税非課税証明書（令和2年1月1日に調布市に住民登録がない方はご相談ください。）

以上にひとつでも該当する家庭は、利用料が免除になりますので、必要書類を添付して提出してください。

(4) 令和元年分確定申告書もしくは源泉徴収票

※確定申告をしている方は確定申告書の写しを提出してください。

(確定申告をしていない方は源泉徴収票の写しでも可。)

※確定申告書の写しを提出される方で、期限内に提出が難しい場合は、ご相談ください。

※源泉徴収票を複数の事業所から受け取っている方は、全て提出してください。

(5) 保護者の方が養育できない状況を確認するための書類

※令和2年4月保育園又は学童の入所申請もしくは継続申請に添付する証明書の写しでも構いません。

① 在職証明書(外勤の方)

- ・常勤・パート・アルバイトにかかわらず必ず提出してください。(会社が記入)
- ・父母とも在職の場合はそれぞれ1枚提出してください。

② 在職申立書(自営業の方)

- ・自営業の方は必ず提出してください。(自分で記入)
- ・父母とも在職の場合はそれぞれ1枚提出してください。

※①②ともに、勤務時間の記載されている証明書が必要です。

③ 診断書又は障害者手帳等

- ・保護者及びその家族が病気や心身に障害がある場合は、診断書又は障害者手帳等の写しを提出してください。

④ 在学証明書

- ・保護者が大学、専門学校等在学中の場合は、在学証明書を提出してください。

※その他、家庭状況・就労状況等を確認するための書類提出を求めることがあります。

(6) 児童表

お子さんの生活・健康・障害や疾病・アレルギーなどについて記入してください。

アレルギー等集団保育をする中で特別な配慮が必要な場合、利用前の聴き取りや書類の提出をお願いします。そのため、ご利用までに一定の時間が必要になることをご了承ください。

(7) お子さんの本人確認

保険証/乳幼児医療証/義務教育就学児医療証

(8) 申請者の本人確認書類(運転免許証や保険証)

(9) 緊急時引き渡し確認カード

3. 利用開始までのスケジュール

令和2年2月17日(月)までの申請者を対象に審査を行い、優先利用登録者(正会員)の16名を決定します。

優先利用登録者以外の方につきましては、利用登録者(準会員)として登録いたします。審査の結果につきましては、3月中旬頃に郵送にてご連絡いたします。新規利用登録者は、個別面談を3月中旬に行う予定です。

4. 利用期間

なお、今回の登録により、令和2年度上半期期間内に1歳6か月になるお子さんの場合は、1歳6か月に達してからの利用登録になります。詳細につきましては、窓口にお問い合わせください。

令和2年4月1日(水)~9月30日(水)の利用が可能となります。

トワイライトステイ 登録申請から利用まで

① トワイライト登録申請受付期間 令和2年1月15日(水)～2月17日(月)
※受付は17時まで

↓ 1月18日(土)・19日(日)は休館日です

② 不足書類×切 令和2年2月23日(日)まで
源泉徴収票等の不足書類が全て揃わなかった場合は、第二期での登録となります。

↓ 2月15日(土)・16日(日)は休館日です

③ 調査 令和2年2月下旬
家庭の事情を正確に把握し、登録の決定を行うため、書類の審査と必要に応じてお宅や勤務先等に連絡、訪問等をさせていただくことがありますので、ご協力ください。

↓

④ 審査 令和2年2月下旬～3月上旬
「トワイライトステイ事業利用者選考基準表」(添付書類参照)に基づき、登録を確定します。

↓

⑤ 登録結果発送 令和2年3月14日(土)以降発送予定

↓

⑥ 利用者面接期間(お子さんとご一緒の面接です)
令和2年3月中旬以降(ご都合のよい日をお知らせください)

↓

3月21日(土)・22日(日)は休館日です

⑦ 保育園、幼稚園、学童クラブ、ユーフォーへ訪問(バス通路の確認) 3月中旬

↓

⑧ 上半期の利用開始 令和2年4月1日(水)～

第一期利用申請：利用する前月1日9時～20日正午までにFAX・電話・インターネット等(※)にて申請してください。

第二期利用申請：利用する前月20日正午以降、随時受付。

利用希望日の申請は、希望日前日の正午まで。ただし、利用希望日前日が休館日の場合は休館日前の開館日正午まで。

※休館日の利用申請受付は、FAX・インターネット予約のみとなります。

↓

⑨ 優先登録会員(上位16名の方)

- (1) 利用承認書を発行します。
- (2) 利用料の納付：利用日のお迎えまでに券売機にてチケット(当日限り有効)を購入し、職員に渡してください。
- (3) 第一期利用申請を過ぎると、順位に関係なく随時受付となります。

↓

⑩ 準会員

- (1) 第一期利用申請をされた方で、利用不可能日がある場合は、利用月の前月25日までにご連絡いたします。
- (2) 以下、左記(1)～(3)と同様。

第1号様式（第5関係）

令和 年 月 日

調布市長 宛

申請・届出者 住所 _____
氏名 _____

調布市子ども家庭支援センターすこやかトワイライトステイ事業
利用登録関係申請・届出書

調布市子ども家庭支援センターすこやかトワイライトステイ事業利用登録等
について、次のとおり申請・届出します。

利用登録申請 利用登録変更届 利用登録抹消届

1 申請・届出する子どもについて記入してください。

	氏名（フリガナ）	性別	生年月日
①	()	男・女	・ ・ (歳 か月)
②	()	男・女	・ ・ (歳 か月)
③	()	男・女	・ ・ (歳 か月)

2 子どもの就学等の状況について記入してください。

		学校・幼稚園・保育園など	学童クラブなど
①	名 称		
	クラス・担任名		
②	名 称		
	クラス・担任名		
③	名 称		
	クラス・担任名		

3 保護者・近親者等について記入してください。

氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	電話番号	F A X	携帯
申請者に同じ ()		・ ・			
()		・ ・			

4 緊急連絡先について記入してください。

氏名又は会社名等	(続柄)	電話
住所又は所在地		携帯

5 世帯の状況について記入してください。

生活保護受給世帯 市民税非課税世帯 ひとり親医療証交付世帯 左記に該当なし

上記の申請・届出内容を確認するため、申請者及びその世帯員に関する個人
情報を公簿等により確認することに同意します。

申請・届出者署名 _____

就学	学 校 名		
	所 在 地	〒	〒
	電 話 番 号		
不在	理 由	死亡・離別・行方不明・ 拘禁・その他（ ）	死亡・離別・行方不明・ 拘禁・その他（ ）
疾病・看護	氏名（続柄）		
	病 名		
	状 況 (病院・施設名)	入院（ ），自宅療養 通所・通院（ ） 月・週 回	入院（ ），自宅療養 通所・通院（ ） 月・週 回
障害	手帳の種類・ 等級	身体障害者手帳（ 級） 愛の手帳（ 度）	身体障害者手帳（ 級） 愛の手帳（ 度）
	災 害 の 状 況		
災害	発 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	添付書類	1 源泉徴収票（ 年分 母・父・他） 2 確定申告書写し（ 年分 母・父・他） 3 在職証明書・在職申立書 4 診断書（ の分） 5 就学中の者の在学証明書 6 その他（ ）	
同意	申請者及びその他の世帯員（有・無（ ））は、所得状況について、市の保有する税情報で確認することに同意します。 年 月 日 氏名 印		

【記入例】

家庭状況報告書

令和2年1月16日

子どもの状況	学童クラブ・保育園・幼稚園等終了後の状況	
	<input type="checkbox"/> トワイルトステイ事業を利用している（ 年 月から） <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している <input type="checkbox"/> 他の施設に預けている <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている <input checked="" type="checkbox"/> 個人に預けている <input type="checkbox"/> その他（ ） 利用頻度（月・週 1回程度）	
母・父の状況	母の状況	父の状況
あてはまるものに○を付けてください。	1 外勤（外勤の自営を含む） <input checked="" type="checkbox"/> 2 自営 <input checked="" type="checkbox"/> 3 内職 4 採用内定 5 就学 6 疾病	1 外勤（外勤の自営を含む） <input checked="" type="checkbox"/> 2 自営 <input type="checkbox"/> 3 内職 4 採用内定 5 就学 6 疾病
事業所名	すこやか商店	株式会社 すこやか
所在地	〒182-0022 東京都調布市国領町0-0-0	〒160-0000 東京都新宿区新宿0-0-0
電話番号	000-000-0000	999-999-9999
就労時間	在職証明書・申立書のとおり	在職証明書・申立書のとおり
残業	月・週 <input checked="" type="checkbox"/> 3日 20時まで (※トワイルトを必要とする際の 残業日数・時間をご記入ください。)	月・週 <input checked="" type="checkbox"/> 1日 22時まで (※トワイルトを必要とする際の 残業日数・時間をご記入ください。)
就業	就労状態	就労状態
	勤務日に○を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 計(5)日間 (定休日: 土日祝日)	勤務日に○を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 計(5)日間 (定休日: 不定休)
通勤等経路	所要時間 計 時間 5分 職場・就学先 ↓ (徒歩) [5分] 【 】 ↓ () [分] 【 】 ↓ () [分] 【 】 ↓ () [分] 【 】 ↓ () [分] すこやか	所要時間 計 時間 36分 職場・就学先 ↓ (徒歩) [5分] 【 新宿駅 】 ↓ (電車) [28分] 【 国領駅 】 ↓ (徒歩) [3分] 【 】 ↓ () [分] 【 】 ↓ () [分] すこやか
平均収入	10万	10万
備	最短経路をご記入ください。	

経路案内ソフト等で確認し、修正
させていただく場合があります。

※新宿→国領 : 28分
国領→すこやか : 3分

【記入例】

就学	学 校 名		
	所 在 地	〒	〒
	電 話 番 号		
不在	理 由	死亡・離別・行方不明・ 拘禁・その他（ ）	死亡・離別・行方不明・ 拘禁・その他（ ）
疾病・看護	氏名（続柄）		
	病 名		
	状 況 (病院・施設名)	入院（ ），自宅療養 通所・通院（ ） 月・週 回	入院（ ），自宅療養 通所・通院（ ） 月・週 回
障害	手帳の種類・ 等級	身体障害者手帳（ 級） 愛の手帳（ 度）	身体障害者手帳（ 級） 愛の手帳（ 度）
災害	災 害 の 状 況		
	発 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
添付書類	1 源泉徴収票（令和1年分 母・父・他） 2 確定申告書写し（令和1年分 母・父・他） 3 在職証明書 在職申立書 4 診断書（ の分） 5 就学中の者の在学証明書 6 その他（ ）		
同意	申請者及びその他の世帯員（有・無（すこやか 父））は、所得状況について、市の保有する税情報で確認することに同意します。 <div style="text-align: right;"> 令和2年 1月16日 氏名 すこやか 母（※1） 印（※2） </div>		

※1：利用登録申請書の申請者と同一の方をお願いします

※2：捺印が必要です

※外勤の方は、こちらの用紙に勤務先から証明をもらってください。

調布市長 あて

在職証明書(トワイライトステイ用)

児童名

保護者	住所	調布市 町 丁目 番地			
	氏名			続柄	
主たる勤務地(派遣社員は派遣先)	所在地				
	名称				
	電話番号				
仕事を始めた日	昭和・平成・令和 年 月 日 (予定 令和 年 月 日)				
仕事の内容					
勤務形態	1. 正規の職員・社員 2. 常勤パート 3. 臨時 4. その他 ()				
勤務時間 (曜日や月5回程度等、状況に応じて記入)		午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
		午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
		午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
		午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
		午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
時間短縮制度	取得なし・取得中				
	取得(予定)期間	年 月 日		～	年 月 日
	取得中の勤務時間	午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
休日	土・日曜、祝日以外の休日	無・有の場合			曜日
	変則勤務	無・有の場合			
1か月の勤務日数及び賃金	日/月	円/月 (※税込み支給額を記入して下さい)			
産休期間	平成・令和 年 月 日		～	平成・令和 年 月 日	
育児休暇期間	平成・令和 年 月 日		～	平成・令和 年 月 日	
証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	調布市長 様				
	事業所住所				
	事業所名		印		
	代表者氏名				
電話番号					
担当者名					

※この証明書は、事業所が証明するもので、上記の欄に保護者が記入、加筆した場合は無効となりますのでご注意ください。太枠内すべての項目を事業所で記入してください。

※訂正する際に修正液は使用しないでください。修正する際は証明欄に押印した代表者又は事業所印にて、訂正印を押印してください。

※記載事項に虚偽があった場合は、トワイライトステイの申し込みは無効になります。

お問合せ先

調布市子ども家庭支援センターすこやか トワイライトステイ担当 TEL 042-481-7733

※自営の方は、こちらの用紙にご自分で記入してください。

調布市長 あて **在職申立書(トワイライトステイ用)** 年 月 日

私の仕事の状況は、下記のとおりであることを申し立てます。

児童名

保護者	住所	調布市	町	丁目	番地					
	氏名				続柄					
事業所	所在地									
	名称									
	電話番号									
事業の種類	小売販売業・飲食店業・建築不動産業・生命保険業・サービス業 ・著作業・芸術芸能家・その他（ ）									
事業の内容	(具体的に)									
事業開始年月日	平成・令和 年 月 日から									
事業の従事形態	中心者 ・ 協力者 (週 日程度) ※中心者の場合 使用人が有 (人) ・ 無									
勤務時間 (曜日や 月5回程 度等、状 況に応じ て記入)		午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分
		午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分
		午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分
		午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分
		午前	午後	時	分	～	午前	午後	時	分
従事する前後準備時間	要 ・ 不要 ※必要な場合 (前) 時 分 ～ 時 分 (後) 時 分 ～ 時 分									
休日	毎月 日 ・ 毎週 曜日 ・ 不定期 (月に 日)									
1か月の勤務日数及び賃金	日/月 円/月 (※税込み支給額を記入して下さい)									
税申告	・ 確定申告をしている ・ 源泉徴収されている ・ その他 ()									

※記載内容に虚偽があった場合は、トワイライトステイの申込みは無効になります。

お問合せ先
調布市子ども家庭支援センターすこやか トワイライトステイ担当 TEL 042-481-7733

災害時（緊急時）引き渡し確認カード

すこやか

フリガナ				小学校 保育園 幼稚園	年 才	組
児童				所属先		
住所						
緊急連絡先	自宅電話番号	続柄 ()		続柄 ()		
	携帯電話番号	続柄 ()		続柄 ()		

緊急時の引取人（迎えに来る人・保護者、近所の方及び18歳以上兄弟も含む）

フリガナ 引取人氏名	子との 続柄	電話番号	すこやかまでの 所要時間	備考
(例) すこやか <small>タロウ</small> 太郎	父	090-0000-0000 (携帯) 03-0000-0000 (勤務先)	90分	勤務先電話番号は 勤務時間内に限る (9:00~17:00)
(例) すこや <small>カナ</small> 佳奈	近所の方	090-0000-0000	徒歩10分	
通勤経路・所要時間	父		母	
(例) 徒歩 自宅 ⇄ 調布駅 (10分) バス 調布駅 ⇄ 吉祥寺 (20分)				
子の健康状態	アレルギー	無・有 ()	服用中の薬	無・有 ()

※以下の欄をご記入なさらないでください

非常時使用欄	
引き渡し日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分
引き渡し場所	すこやか・避難所 () ・その他 ()
引取り人氏名 (サイン)	
引き渡し後の連絡先 (保護者以外の場合のみ記入)	避難予定先住所 電話番号
引取り確認 (職員サイン)	

※内容に変更があった場合は、必ずその都度連絡してください。

※緊急時の引取人欄に記載されていない方にはお子さまを引き渡すことが出来ませんので、ご了承ください。

※すこやかの避難場所は調布市立第六中学校です。

トワイライトステイ児童表

令和2年度 上半期・下半期

児童名					記入日：	年	月	日		
生年月日	西暦	年	月	日	男・女	呼び名	お子様の 携帯電話			
就学状況	園/学校名				学童/ユーフォー					
	学年・組・担任	年	組	先生	その他					
緊急連絡先 (続柄)	①	②	③	自宅電話・FAX						
	- - ()	- - ()	- - ()	tel ()	fax ()					
生活について	生活リズム (起床・就寝・お昼寝・食事 朝・昼・夕・おやつなどについて記入してください)									
	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
	食事	自立・一部介助・全介助 / スプーン・フォーク・はし				食事量	多い・普通・少ない			
排泄	自立・オムツ・トイレトレーニング中				排便	回/日 (時頃)				
健康について	血液型	型	平熱	℃	かかりつけ医	病院			先生	
	今までかかった 大きな病気	/						治療中・完治		
	最近かかった病気	/						治療中・完治		
	ひきつけ	無・有 (いつ 才頃 回 最後は 年 月頃)		予防薬		無・有 (薬名)				
	現在治療中の病気	無・有 ()								
	使用中の薬	無・有 ()								
	予防接種歴	BCG・ポリオ・三種混合 (I期初回・追加)・四種混合 (I期初回・追加)・ヒブ 水痘・MR (麻しん風しん)・日本脳炎 (I期初回・追加)・肺炎球菌・その他 ()								
	疾病・障がい	無・有 (診断名)								
アレルギー・未食	アレルギー	無・有 (食物・その他)			エピペン処方 無・有					
	アレルギー対象	症状		対応	検査結果	注意していること				
	例) 卵白	顔から始まって全身湿疹		セルテクト内服	血液検査+	完全除去 (つなぎもマヨネーズも×)				
	未食 (まだ食べたことがない物)		無 / そば・卵・青魚・甲殻類・ナッツ類・その他 ()							
家族構成等 <small>※お迎えの可能性のある方もご記入ください</small>	氏名	続柄	生年月日	連絡先 (勤務先等)	携帯電話	お迎え証				
						無・有				
						無・有				
						無・有				
その他、気を付けてもらいたいこと										

※緊急搬送の場合は、救急隊の指示に従う為、搬送病院についてご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

児童表記載内容に相違ありません。また、内容等に変更のある場合はその都度報告致します。

年 月 日

保護者サイン：

トワイライトステイ事業利用者選考基準表

類型	項目	細目	内容	指数
外勤・自営の中心者	A	迎え時間	22時まで	7
			21時30分まで	6.5
			21時まで	6
			20時30分まで	5.5
			20時まで	5
			19時30分まで	4.5
			19時まで	4
			18時30分まで	3.5
			18時まで	3
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	7
			4日	6
			3日	5
			2日	4
			1日	3
自営(居宅内労働・協力者)	A	迎え時間	22時まで	6
			21時30分まで	5.5
			21時まで	5
			20時30分まで	4.5
			20時まで	4
			19時30分まで	3.5
			19時まで	3
			18時30分まで	2.5
			18時まで	2
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	6
			4日	5
			3日	4
			2日	3
			1日	2
不在(死亡, 離別, 行方不明, 拘禁)	A			7
	B			7
疾病(入院, 居宅内(常時病臥, 精神性, 感染性))	A			7
	B			7
疾病(居宅内(一般療養))	A			3
	B			3
身体障害者福祉法(昭和24年法律第238号。以下「身障法」という。)に基づく身体障害者手帳(1, 2級), 東京都愛の手帳交付要綱(昭和42年民児精発58号。以下「愛の手帳要綱」という。)に基づく愛の手帳(1, 2度)又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(第123号。以下「精神保健福祉法」という。)に基づく精神障害者保健福祉手帳(1級)の交付を受けた者	A			7
	B			7
身体法に基づく身体障害者手帳(3, 4級), 愛の手帳(3度)又は精神障害者福祉法に基づく精神障害者保健福祉手帳(2級)の交付を受けた者	A			6
	B			6
身体法に基づく身体障害者手帳(5, 6級), 愛の手帳(4度)又は精神障害者福祉法に基づく精神障害者保健福祉手帳(3級)の交付を受けた者	A			3
	B			3

看護(病院等付添い)	A		7	
	B		7	
看護(自宅療養)	A		3	
	B		3	
災害	A		7	
	B		7	
特例(自営・中心者(使用人あり))	A	迎え時間	22時まで	5
			21時30分まで	4.5
			21時まで	4
			20時30分まで	3.5
			20時まで	3
			19時30分まで	2.5
			19時まで	2
			18時30分まで	1.5
			18時まで	1
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	5
			4日	4
			3日	3
			2日	2
			1日	1
特例(自営・協力者(使用人あり))	A	迎え時間	22時まで	4
			21時30分まで	3.5
			21時まで	3
			20時30分まで	2.5
			20時まで	2
			19時30分まで	1.5
			19時まで	1
			18時30分まで	0.5
			18時まで	0
	B	就労の状態(月～金曜日のうち)	5日	4
			4日	3
			3日	2
			2日	1
			1日	0
就学	A		5	
	B		5	
生活保護世帯	C		8	
世帯の市民税課税状況		非課税	8	
		均等割のみ課税	7	
		所得割額課税	6	
世帯の所得税課税額状況		10万円未満	5	
		10万円以上15万円未満	4	
		15万円以上30万円未満	3	
		30万円以上	2	

備考

1 選考指数の算定式は、次のとおりである。

選考指数＝母等の状態(A指数+B指数)＋父等の状態(A指数+B指数)＋課税状況等(C指数)

2 利用者は、選考指数の上位の者から選考するものとする。ただし、選考指数が同位のときは、低所得者を優先するものとする。