貴自治体名

自治体キャラバン「新型コロナウイルス関係」のアンケート

新型コロナウイルスの感染拡大の影響を受けたことに伴う、主に社会保障関係の諸施策についての自治体独自の支援策の実施状況についてお尋ねします。

１．個人給付金・手当　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

次の対象者に個人給付金・手当を支給している場合、支給額、見込み人数、支給対象、支給期間・回数などの支給要件をご記入ください。図書カードなどの支援も含めてください。下記以外の対象者に支給している場合、その他欄にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | なし | あり | 支給額 | 見込み人数 | 支給対象（年齢・所得制限など）、  支給日・回数など支給要件の詳細 |
| 児童手当世帯 | |  |  |  |  |  |
| 児童扶養手当世帯 | |  |  |  |  |  |
| 子ども | |  |  |  |  |  |
| 高齢者 | |  |  |  |  |  |
| ひとり親 | |  |  |  |  |  |
| 障害者 | |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

２．国民健康保険　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①傷病手当金

１）国の財政支援の範囲は、個人事業主の家族で、青色事業専従者・白色事業専従者の給与の支払いを受けている人も対象になっていますが、自治体が実施する傷病手当金の対象者はいかがですか。

（　　　）国の財政支援の範囲を超えた対象としている。　（例：事業主も対象）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）青色事業専従者・白色事業専従者の給与の支払いを受けている人も対象にしている

（　　　）個人事業主の家族は、給与の支払いを受けていても傷病手当金の対象にしていない

（　　　）次の理由で、傷病手当金を実施する予定がない

|  |
| --- |
|  |

２）適用期間をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

②収入減少を理由とした保険料（税）の減免

１）国の全額財政支援の範囲を超えて、自治体独自に対象者の拡大を実施していますか。実施している場合は、その内容をご記入ください。

（　　　）国の財政支援の範囲を超えて実施

|  |
| --- |
|  |

（　　　）国の財政支援の範囲と同じ内容で実施

（　　　）その他

|  |
| --- |
|  |

２）適用期間をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３．介護保険　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①収入減少を理由とした保険料の減免

1）国の全額財政支援の範囲を超えて、自治体独自に対象者の拡大を実施していますか。実施している場合は、その内容をご記入ください。

（　　　）国の財政支援の範囲を超えて実施

|  |
| --- |
|  |

（　　　）国の財政支援の範囲と同じ内容で実施

（　　　）その他

|  |
| --- |
|  |

２）適用期間をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

②介護事業所への財政的支援

介護サービス事業所への自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：給付金の支給）（　　　）次の内容を実施している　（支援対象見込み事業所数・支給日もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

③介護事業所への感染防止のための支援

介護サービス事業所への感染防止のための自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：マスク・消毒液・感染症防護服の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象事業所数・支給量もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

４．障害福祉　　　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①障害福祉事業所への財政的支援

障害福祉事業所への自治体独自支援策がありましたらご記入ください。（例：給付金の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象見込み事業所数・支給日もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

②障害福祉事業所への感染防止のための支援

障害福祉事業所への感染防止のための自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：マスク・消毒液・感染症防護服の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象事業所数・支給量もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

③放課後等デイサービスの利用者負担の免除

放課後等デイサービス事業所が電話等の方法で児童の健康管理等を行った場合の報酬に係る利用者負担を免除する国の補助事業が設けられますが、各自治体での実施状況をご記入ください。

（　　　）国の基準通りの実施を決めた

（　　　）国の基準通りの実施を準備中である

（　　　）次の理由で、実施の予定がない

|  |
| --- |
|  |

５．医療体制　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①医療機関への財政的支援策

医療機関への自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：給付金の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象見込み医療機関数・支給日もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

②医療機関への感染防止のための支援

医療機関への感染防止のための自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：マスク・消毒液・感染症防護服の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象医療機関数・支給量もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

③新型コロナウイルスに関する医療体制・検査体制について、貴自治体でお困りのことがあればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

６．給食　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①小中学校、保育施設、幼稚園などの休校・休園・登園自粛中の給食費の取扱いをどうしていますか。

|  |
| --- |
|  |

②休校中の給食費相当額を支給している場合、対象者、支給見込み人数、支給金額、支給期間・支給月数、支給日などをご記入ください。就学援助対象世帯への支給もご記入ください。

（　　　）次の内容を実施している

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

③小中学校、保育施設、幼稚園などの休校・休園の再開後の給食の無償化を実施していましたら、対象者、見込み人数、適用期間・月数などをご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象区分 | | なし | あり | 対象者 | 見込み人数 | 適用期間・適用月数など |
| 小学校 | |  |  |  |  |  |
| 中学校 | |  |  |  |  |  |
| 保育施設 | |  |  |  |  |  |
| 幼稚園 | |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

７．保育　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①休園・登園自粛中の保育料について

休園・登園自粛中の保育料の取扱いをどうしていますか。

|  |
| --- |
|  |

②休園・自粛再開後の保育料について

休園・自粛再開後の保育料の無償化・減免を実施していますか。実施している場合は、その内容をご記入ください。

（　　　）次の内容を実施している

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

③保育施設への財政的支援

保育施設への自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：給付金の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象見込み保育施設数・支給額・支給日もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

④保育施設への感染防止のための支援

保育施設への感染防止のための自治体独自の支援策がありましたらご記入ください。（例：マスク・消毒液の支給）

（　　　）次の内容を実施している　（支援対象施設数・支給量・支給日もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

８．水道料金　　　　　　担当課（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①水道料金の免除・減額を実施していますか。実施している場合は、その内容をご記入ください。

（　　　）次の内容を実施している

|  |
| --- |
|  |

（　　　）実施していない

９．総合的な相談窓口の設置　　　担当課（　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①新型コロナウイルスの影響を受けた人への「総合的な相談窓口」を設置していますか。ある場合は、その内容をご記入ください。（例：収入減少の人に、国保・介護保険料減免を同じ窓口で受付）

（　　　）次の内容の窓口を設置している

|  |
| --- |
|  |

（　　　）検討中である

（　　　）設置していない

☆ご協力ありがとうございました。