

貴自治体名 大口町懇談日時 10月 26日(木) 午後 2 時 45 分～ 3 時 45 分懇談会場 大口町役場2階第1会議室 ※会場が確定している場合はご記入ください。

## 2017年自治体キャラバン請願・陳情項目についてのアンケート

**【1】1. 介護保険・高齢者福祉 担当課(健康生きがい課)電話(0587-94-0051)FAX(0587-94-0052)**

(1) 保険料の市町村独自の低所得者への減免措置がありますか。

(  ) ない (  ) ある → 実施年月(平成 年 月)

(2) 保険料の市町村独自の減免について

減免対象の規定(所得段階区分等)の内容( )

保険料の全額免除はありますか。

(  ) ない (  ) ある

資産保有による制限はありますか。

(  ) ない (  ) ある

保険料減免分に対する一般財源からの繰り入れはありますか。

(  ) ない (  ) ある

申請は必要ですか。

(  ) 要る (  ) 不要

\*2016年4月以降に改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。

(3) 保険料滞納の状況と財産等の差し押さえについて(2016年度実績)

- 1) 保険料滞納者数 (65) 人  
 2) 「償還払い」処分件数 (0) 件  
 3) 「保険給付の一時差し止め」処分件数 (0) 件  
 4) 「3割負担」処分件数 (1) 件  
 5) 「財産差し押さえ」処分件数 (0) 件

(4) 利用料の市町村独自の低所得者への減免措置がありますか。

(  ) ない (  ) ある → 実施年月(平成 年 月)

(5) 利用料減免の内容をご記入ください。

1) 減免対象の規定(所得段階区分等)の内容( )

2) 訪問介護の利用者負担 ( )

3) 居宅サービス利用料の助成割合 ( )

4) 施設サービス利用料の助成割合 ( )

5) 利用料減免分に対する一般財源からの繰り入れはありますか。 (  ) ない (  ) ある

\*2016年4月以降に改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。

(6) 特別養護老人ホームの待機者について

1) 特別養護老人ホームの待機者(要介護3以上)は、何人ですか。(12)人(平成29年8月現在)

2) 要介護1、2で待機状態にある人を把握していますか。

(  ) 把握していない (  ) 把握している → (4)人(平成29年8月現在)

(7) 介護給付費準備基金について

2015年度末の残高(152,814)千円 2016年度末の残高(152,841)千円 ※決算前の場合は見込額

(8) 介護保険における通院時の院内介助について (  ) 認めている (  ) 認めていない(9) 介護保険における入院中のヘルパー派遣について (  ) 認めている (  ) 認めていない

(10) 住宅改修の受領委任払い制度を実施していますか。

(  ) 実施している → 実施年月日(平成15年4月1日) 2016年度実績(43)件(  ) 検討中である (  ) 実施の予定がない

- (11) 福祉用具の受領委任払い制度を実施していますか。  
 実施している→実施年月日( 年 月 日) 2016 年度実績( )件  
 検討中である  実施の予定がない
- (12) 高額介護サービス費の受領委任払い制度を実施していますか。  
 実施している→実施年月日( 年 月 日) 2016 年度実績( )件  
 検討中である  実施の予定がない

(13) 住宅改修の独自の助成制度について、該当項目に○印を付し、必要事項をご記入ください。

助成制度の有無		<input type="checkbox"/> 助成制度がある <input type="checkbox"/> 助成制度はない <input type="checkbox"/> 検討中である		
制度内容	<input type="checkbox"/> 介護保険に上乗せして実施している			
	上乗せの助成額	工事費 50 万円の 1/2	利用者実数(2016 年度)	2 件 440,600 円
	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者以外の助成制度がある			
	対象者と、その要件	①認定を受けていない 70 歳以上の者。 ②視覚障害、肢体不自由のうち下肢不自由若しくは体幹不自由又は脳原性運動機能障害の中の移動機能障害を有する身体障害者手帳の交付を受けており、それぞれの障害の程度が 1 級又は 2 級に該当する者。特定疾患医療受給者票の保持者。		
助成額	①費用額 10 万円を限度とし、9 割(介護保険 2 割負担の方は 8 割)助成。	利用者実数(2016 年度)	①18 件 1,418,200 円	

(14) 配食サービスについて、該当項目に○印を付し、必要事項をご記入ください。

配食方式	実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 検討中である
	実施の回数(週○回昼・夕などと記入)	月～日曜日(年末年始休み) 昼食または夕食
	1日平均利用者数(2016 年度)	総延べ食事数(7,848)食÷年間配食日数(356)日 =1日当たり平均(22)食
	1食あたりの助成額	150 円
	1食あたりの利用者負担額	600 円、375 円
会食方式	実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 検討中である
	実施の回数(週○回昼・夕などと記入)	
	1日平均利用者数(2016 年度)	総延べ食事数( )食÷年間配食日数( )日 =1日当たり平均( )食
	1食あたりの助成額	
	1食あたりの利用者負担額	

(15) ひとり暮らし、高齢ふたり世帯などへのゴミ出し、安否確認・見守り、日常生活支援、買い物など、生活支援施策の実施とその事業主体についてご記入ください。

支援内容	実施	事業の主体
ゴミ出し援助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	(○)自治体 ( )新総合事業 ( )その他事業 担い手 コミュニティ・ワークセンター、ヘルパー事業所
		(○)自治体 ( )新総合事業 ( )その他事業 担い手 配食サービス事業所、見守り協定事業所
日常生活支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	(○)自治体 (○)新総合事業 ( )その他事業 担い手 社会福祉協議会
		(○)自治体 ( )新総合事業 ( )その他事業 担い手 コミュニティ・ワークセンター、ヘルパー事業所

※事業の主体が複数ある場合、代表的な事業をご記入の上、その他事業がわかる資料を添付ください。

(16) 高齢者や障害者への外出支援施策について、該当項目に○印を付し必要事項をご記入ください。

地域巡回バス	実施の有無	( )実施している(○)していない( )検討中である	
	地域巡回バスの名称	大口町巡回バス	
	利用料	高齢者( )歳以上( )円、障害者( )円 一般(100)円、子ども( )歳～( )歳( )円	
	その他特記事項		
	2016年度の運行実績		
タクシー代助成	実施の有無	(○)実施している ( )していない ( )検討中である	
	各対象者の要件及び助成内容		
	対象者	助成要件	2016年度の助成実績
	高齢者	町県民税非課税の方で、80歳以上または75歳以上の単身・高齢者世帯の方。	(476)人
	障害者	障害部位が視覚障害、聴覚障害、腎機能障害、呼吸器障害、肝機能障害、肢体不自由の中の下肢若しくは体幹不自由又は脳原性機能障害の中の移動機能障害であり総合判定で1級又は2級のもの、療育手帳の交付を受けている障害の程度がAの者、特定疾患医療受給者票保持者、かつ前年度の町県民税の所得が200万円未満のもの。	( )人
要介護認定者	町県民税非課税の方で、要介護の認定を受けた方。	(20)人	

(17) サロン・認知症カフェなど高齢者のたまり場事業の助成金の内容についてご記入ください。

実施の有無	(○)実施している ( )していない ( )検討中である
実施事業の名称	一般介護予防事業 地域介護予防教室(ひだまりの会、しなやかお達者教室×2)
事業の主体	(○)自治体 ( )新総合事業 ( )その他事業 担い手 地域包括支援センター
助成対象	消耗品費
助成金について	金額(15,000)円→(○)年額 ( )月額 ( )1回のみ
助成箇所数	3教室

サロン 13か所・認知症カフェ 1か所 事業主体 社会福祉協議会

(18) 介護認定者の障害者控除の認定について

- 1) 認定書の発行枚数(2016年度実績)は (388)枚
- 2) 介護認定者に障害者控除の申請書または認定書を自動的に送付していますか。  
( )申請書を送付している → 2016年度( )件  
(○)認定書を送付している → 2016年度(388)件  
( )自動的に送付していない
- 3) 認定書の発行の要件  
( )介護認定者のうち、要支援2以上は基本的に該当する  
(○)介護認定者のうち、要介護1以上は基本的に該当する  
( )介護認定時の認定調査票または主治医の意見書で判断している  
( )要介護認定を受けていない者に対しては、医師の証明書(意見書)の提出の上、判断している  
( )その他、次のような方法で判断している【  
】

## 2. 国民健康保険 担当課( 戸籍保険課 )電話(0587-95-1116)FAX(0587-95-1030 )

(1) 国保保険料(税)(医療給付費分と後期高齢者支援金分の合計)について

	区分	定義	2015年度	2016年度	2017年度
保険料・	所得割	旧但し書き額	× ( 5.5 )%	× ( 5.5 )%	× ( 5.5 )%
	資産割	固定資産税額	× (15.0 )%	× (15.0 )%	× (15.0 )%
	均等割	加入者1人につき	31,800円	31,800円	31,800円

平等割	1世帯につき	31,200 円	31,200 円	31,200 円
1人当たり調定額(平均保険料)		83,239 円	83,330 円	86,181 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額		10,939 円	11,045 円	12,474 円

※2017年度の「一般会計からの1人当たり法定外繰入額」は、予算額をご記入ください。

(2) 保険料(税)の市町村独自の軽減・減免制度

1) 市町村独自の低所得者減免を実施している場合は、その要件をご記入ください。

なし

2) 保険料(税)の収入減を理由にした減免を実施している場合は、その要件をご記入ください。

世帯主及びその世帯に属する被保険者の前年中の総所得金額が400万円以下で当該年度の総所得金額等の見込額が前年度の総所得金額の合計の3分の2に減少すると認められる世帯は、所得の減少に応じて減免を行っている。

(3) 資格証明書 ※2017年8月1日現在でご記入ください。

1) 資格証明書は交付していますか。 ( ) 交付していない (○) 交付している→(9) 世帯

2) 資格証明書を交付している場合、交付に当たっては、面接を実施していますか。

( ) 必ず面談している (○) 面談がなくても交付する場合がある ( ) その他

3) 資格証明書交付世帯のうち、高校生世代以下の子どもがいる世帯数・子ども数

世帯数(1) 世帯 内、乳幼児(0)人、小学生(1)人、中学生(0)人、高校生世代(0)人

上記のうち、6カ月以上の短期保険証を交付していない資格証明書未解消世帯数・子ども数

世帯数(0) 世帯 内、乳幼児(0)人、小学生(0)人、中学生(0)人、高校生世代(0)人

4) 資格証明書の交付除外で配慮している点がありますか。

( ) 国の基準どおり実施している

( ) 独自に配慮し、次の場合は交付対象から除外している

( ) 高校生世代以下の子どもがいる世帯

(○) 障害者・母子家庭等医療費助成制度の対象世帯

(○) 病弱者のいる世帯

(○) 次の場合は、交付対象から除外している

分納誓約書を提出、納付の約束をしている場合は除外している。

5) 資格証明書発行世帯で緊急時の短期保険証への切り替えについての基準をご記入ください。

国民健康保険法施行令第1条の3に規定する特別の事情に準じ、短期保険証を交付する。

(4) 短期保険証 ※2017年8月1日現在でご記入ください。

1) 有効期間別(交付時から有効期限が切れるまで)の交付数

※資格証明書交付世帯の高校生世代以下の短期保険証は除く

・1カ月以内( 9)人 ・2カ月( 3)人 ・3カ月( 31)人 ・4カ月( 1)人

・5カ月( 0)人 ・6カ月( 113)人 ・1年( 0)人 ・その他( )

2) 短期保険証発行の基準をご記入ください。

・被保険者証の交付の前一年間に納付された現年度分及び滞納繰越分の国民健康保険税の合計額(以下「納付済国保税額」という。)が、納付すべき国民健康保険税額の3分の1以上2分の1未満の場合:6月

・納付済国保税額が納付すべき国民健康保険税額の3分の1であって、納付計画を履行している場合:3月

・納付済み国保税額が、納付すべき国民健康保険税額の3分の1未満であって、納税指導に応じず、又は納付計画を履行しない場合:1月

(5) 保険料(税)滞納者への差押えについて(2016年度)

- 1) 差し押さえの基準(納税折衝に応じない場合。納税折衝に応じても自分本位の納税にとどまり、納税意識が低い場合。)
- 2) 分納者への対応(納付管理を行い、不履行者には催告を行う。また、保険証の更新時、面談等により生活状況等の確認を行う。)
- 3) 予告通知書の発行( 1 )件
- 4) 差押え件数 不動産( 0 )件 預貯金( 1 )件 生命保険( 0 )件(内学資保険( 0 )件)  
その他( )件( )
- 5) 競売などによる現金化 ( 0 )件 ( )円
- 6) 徴収の猶予 申請件数( 0 )件、許可( 0 )件、
- 7) 換価の猶予( 0 )件
- 8) 滞納処分の停止( 0 )件

(6) 国保加入者だが、保険証・短期保険証・資格証明書が届いていない人数をご記入ください。  
※2017年8月1日現在でご記入ください。

- 1) 交付した保険証・短期保険証の留め置き人数 ( 22 )人
- 2) 保険証・短期保険証・資格証明書のいずれも交付していない未交付人数 ( 45 )人
- 3) その他( )

(7) 国民健康保険法第44条の一部負担減免制度について

- 1) 一部負担減免制度を実施していますか。  
(○)実施している ( )検討中である ( )実施の予定がない  
\*2016年4月以降に一部負担減免制度が改正された場合は、改正された条例・要項を添付してください。
- 2) 実施している場合、
  - ・生活保護基準を目安にした減免基準を設けていますか。  
(○)設けている ( )検討中である ( )設けていない
  - ・生活保護基準を目安にした減免基準を満たしている場合、災害や事業・業務の休廃止、失業などによる収入の減少などに該当していなくても減免の対象となりますか。  
( )生活保護基準を目安にした減免基準を満たしていれば、減免の対象となる。  
(○)生活保護基準を目安にした減免基準に加え、災害や事業・業務の休廃止、失業などによる収入の減少などの要件を満たす必要がある。  
( )その他( )
- 3) 相談・申請の実績(2016年度)
  - ・自治体窓口(電話相談なども含む)への相談件数( 1 )件
  - ・申請件数( 1 )件 ・減免件数( 0 )件 減免金額( )円

(8) 国保運営協議会について

- 1) 運営協議会の公開 (○)公開していない ( )公開している
- 2) 運営協議会委員の公募枠 (○)ない ( )ある → ( )人

**3. 税の滞納について 担当課( 税務課 )電話( 0587-95-1114 )FAX( 0587-95-5721 )**

- (1) 滞納整理マニュアルはありますか ( )ある (○)ない

(2) 滞納者のうち地方税法第15条(納税緩和措置)の適用について(2016年度)

- 1) 徴収の猶予について 申請件数( 1 )件 許可件数( 1 )件
- 2) 換価の猶予の適用件数( 1 )件
- 3) 滞納処分の停止の適用件数( 7 )件

- (3) 地方税滞納整理機構に引き継いだ件数(2016年度内に引き継いだ件数)( 0 )件

- (4) 地方税滞納整理機構に引き継ぎをする基準

- (5) 少額でも滞りなく分納している納税者も地方税滞納整理機構に引き継ぎますか  
 引き継ぐ  引き継がない

※参加した場合の方針

**4. 生活保護 担当課( 福祉子ども課 )電話( 0587-94-1222 )FAX( 0587-94-0052 )**

- (1) 生活保護の申請件数とその保護件数について  
 2016年度相談件数 ( 12 )件、申請件数 ( 6 )件、そのうち保護開始件数 ( 6 )件

- (2) 2017年4月現在の受給世帯数と人数 ( 52 )世帯 ( 59 )人

- (3) 外国人への生活保護制度および申請手続きに関する説明文書について  
 1) 外国語で生活保護のしおりや説明文書を整備していますか( )ある (  )ない  
 2) 整備されている言語( )  
 3) しおりや説明文書のホームページへの掲載( )している (  )していない  
 \*しおりや説明文書を添付してください。

※以下は市のみお答えください

- (4) 生活保護担当職員(ケースワーカー)及び1職員(ケースワーカー)当たりの担当受給者について

	生活保護担当職員について			1職員当たりの担当受給者数	
	正規職員数	生保担当の平均在任年数	非正規職員数	世帯数	人数
2016年4月現在	人	年 カ月	人	世帯	人
2017年4月現在	人	年 カ月	人	世帯	人

**5. 福祉医療など 担当課( 戸籍保険課 )電話(0587-95-1116)FAX(0587-95-1030)**

- (1) 子ども医療費助成制度について、2017年4月1日時点の助成内容と変更している(予定含む)場合、ご記入ください。

- (  ) 変更なし  
 変更あり → 変更内容・実施時期をご記入ください  
 (変更時期) 年 月 日

(変更内容)

- (2) 後期高齢者医療について  
 保険料滞納者数( 4 )人 短期保険証発行人数( 0 )人  
 差し押さえ(2016年度)件数( 1 )件、金額( 3, 550 )円

**6. 子育て支援策 担当課( 福祉子ども課 )電話(0587-94-1222)FAX(0587-94-0052)**

- (1) 「子どもの貧困対策大綱」を受けた、自立支援計画について  
 1) 自立支援計画の有無について ( )ある( 年 月策定) (  )ない  
 2) 自立支援給付金事業について ( )実施( 年 月実施) ( )未実施  
 2016年度実績 ( )件 給付額( )円  
 2017年度予算 ( )件 給付額( )円  
 3) 日常生活支援事業について ( )実施( 年 月実施) ( )未実施  
 2016年度実績 ( )件 給付額( )円  
 2017年度予算 ( )件 給付額( )円  
 4) 教育・学習支援について (  )実施(2016年 7月実施) ( )未実施  
 2016年度実績 ( 1 )カ所( 25 )人 実施時期( 2016.7月～2017.3月 )

2017年度予算 ( 1 )カ所( 25 )人 実施時期( 2017.4月～2018.3月(予定) )  
5)NPOなどが取り組む「無料塾」や「こども食堂」への支援について

- ・「無料塾」への支援について ( )実施(     年 月実施) (  )未実施  
2016年度実績 (     )カ所(     )人、2017年度予算 (     )カ所(     )人  
支援方法(     )
- ・「こども食堂」への支援について ( )実施(     年 月実施) (  )未実施  
2016年度実績 (     )カ所(     )人、2017年度予算 (     )カ所(     )人  
支援方法(     )

(2)就学援助

1)保護者への広報はどのようにしていますか。

- (  )入学説明会 (     )入学式 (     )始業式 (  )ホームページ (  )市広報
- (  )その他( 3月上旬に各学校から案内文等を配布している。福祉こども課発行の児童扶養手当  
手続き説明用資料に就学援助制度の説明を掲載している。 )

\*就学援助に関する保護者向けの案内文書を添付してください。(昨年と同じ場合は結構です。)

2)就学援助の認定対象基準をご記入ください。

生活保護基準額の( 1.2     )倍・金額(     )円

3)生活保護基準引き下げに対して、どのような対応をされましたか。

(     )就学援助認定基準を引き上げた

【2016年度     倍 → 2017年度     倍】

(  )何もしていない

(     )その他(下欄にご記入ください)

4)就学援助の対象となる認定基準額または所得基準額(年額)をご記入ください。

・2人家族(母30歳代、子ども小学生の場合) … ( 1,690 千)円

・4人家族(父母は30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … ( 2,600 千)円

5)申請書の受付先 (     )市町村窓口 (     )学校 (  )市町村窓口と学校のどちらも可

6)民生委員の証明は必要ですか (     )必要である (  )必要ない

7)就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

	2016年度	2017年度	
受給者数	127人	143人	
受給割合	5.9%	6.7%	受給割合は、小数点第1位までご記入ください。
支給額	7,077,484円	1,128,100円	2017年度の支給額は見込み額をご記入ください。

8)就学援助家庭の給食費の支払い方法 (     )現物支給 (  )償還払い (     )その他

9)就学援助の項目について

(  )学用品費 (     )体育実技用具費 (  )入学準備金 (  )通学用品費 (     )通学費

(  )修学旅行費 (     )クラブ活動費 (  )生徒会費 (  )PTA会費 (  )給食費

(  )校外活動費(宿泊を伴わないもの) (  )校外活動費(宿泊を伴うもの) (  )医療費

(     )日本スポーツ振興センター掛け金 (     )めがね・コンタクトレンズ (     )卒業記念品

(     )その他(     )

10)就学援助の入学準備金の支給は、新学期前に実施していますか。

- ① 実施している(     )
- ② 実施する予定(何時から  )
- ③ 実施しない(     )

(3)学校給食について(2017年度)

1)給食費未納の児童・生徒も含め、全員が学校給食を食われていますか。

(  )食われている (     )未納者には給食支給を停止している (     )その他

給食費未納の児童・生徒への学校、自治体の対応(例:就学援助をすすめるなど)

学校と教育委員会が連携して、未納が続く保護者には就学援助制度を勧めている。

2) 給食費への自治体独自の補助などの施策 (例:半額補助、第2子以降無料など)

半額補助

3) 給食の実施状況

	全校数	自校方式実施数		センター方式実施数		1食当たりの給食費
		直営	委託	直営	委託	
小学校	3校	校	校	3校	校	250円
中学校	1校	校	校	1校	校	286円

(4) 保育について

1) 国が出した処遇改善等加算Ⅱの取り扱いについて、実施をどう考えていますか。

( )積極的に活用する (○)活用しない ( )わからない

その理由( 公定価格の人件費で不足する人件費相当分については、町独自の補助金制度により補助しているため、民間保育所において実施を検討していない )

2) 保育士の処遇改善の為に、自治体独自で新たに設けた補助・支援などありますか。

( )ある (○)ない

具体的な補助・支援( )

3) 自治体内の企業主導型保育の開所状況を把握していますか。指導監査を行っていますか。

( )はい (○)いいえ

具体的には( )

7. 障害者施策 担当課( 福祉こども課 )電話( 0587-94-1222 )FAX( 0587-94-0052 )

(1) 訪問系各サービスの支給状況について(2017年7月時点)

	支給者数(人)	昨年同月比(%)	最多支給時間数	平均支給時間数
居宅介護	31	119	70.5	25
重度訪問介護	0	0	0	0
行動援護	5	100	54.5	46
同行援護	3	100	31	31

\* 最多支給時間は2017年7月の1カ月。平均時間は1カ月あたりでご記入ください。

(2) 地域生活支援事業の移動支援

支給者数( 56 )人 最多支給時間数( 31 )時間 平均支給時間数( 26.5 )時間

(3) 訪問系サービスの支給基準 (○)あり ( )なし

(4) 計画相談支援の7月利用実績 ( 9 )人

計画相談支援実施上の問題点があればご記入ください

(5) 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給について

1) 併給をしている人の人数( 4 )人(2017年7月1日現在) ・対昨年同月比( 100 )%

2) 併給している障害福祉サービスの居宅介護について

平均何時間支給していますか( 26 )時間

3) 介護保険の被保険者が障害福祉サービスを上乗せ利用する場合の条件

(○)介護保険サービスのみで、必要なサービスを確保できない状況であれば、障害福祉サービスの上乗せが可能としている。



- ( )何らかの条件を設けている。
- ( )要支援の該当者は、上乗せができない。
  - ( )障害者手帳所持者(肢体不自由の身体障害者手帳1級所持者に限る)
  - ( )介護保険の要介護度が要介護5の者  
(ただし区分変更しても要介護5にならない場合は、要介護4以下でも検討可能)
  - ( )介護保険サービスの約半分以上を訪問介護が占めていること 等
- ※上記以外の条件があれば、できるだけ詳しくご記入ください。

- (6)65歳以上の障害者で障害福祉サービスのみの利用者について
- ・介護給付支給決定者数 ( 0 )人(平成29年7月31日現在)
  - ・訓練等給付支給決定者数( 0 )人(平成29年7月31日現在)

- (7)入院中、通院中、通院診療中のヘルパーの付き添いについて、報酬を支給していますか
- ・入院中 認めて ( )いる (○)いない 報酬は ( )支給する (○)支給しない
  - ・通院 病院内 認めて ( )いる (○)いない 報酬は ( )支給する (○)支給しない
  - ・通院 診療中 認めて ( )いる (○)いない 報酬は ( )支給する (○)支給しない

- (8)グループホームの夜勤体制について 2017年4月1日時点でお答えください  
夜勤が一人体制の施設は グループホーム( )カ所中( )カ所

**【2】国または愛知県に対して既に意見書・要望書を提出している項目と提出年月日を教えてください。**

※2016年9月以降の提出分をご記入ください。

	意見書・要望書の種類	提出年月日
国	①社会保障制度の国民負担増や給付削減をやめ、国の予算で改善を求める意見書・要望書	年 月 日
	②若者も高齢者も安心の年金制度の確立を求める意見書・要望書	年 月 日
	③介護保険制度の改善を求める意見書・要望書	年 月 日
	④18歳年度末までの医療費無料制度創設を求める意見書・要望書	年 月 日
	⑤福祉医療助成に係る国民健康保険の国庫負担減額措置の廃止を求める意見書・要望書	年 月 日
	⑥後期高齢者の保険料軽減特例の恒久化を求める意見書・要望書	年 月 日
	⑦家族介護はもう限界です！障害児者の生きる基盤となる「暮らしの場」の早急な整備を求める意見書・要望書	年 月 日
県	①福祉医療制度を守り、拡充を求める意見書・要望書	年 月 日
	②市町村国民健康保険への事業費補助金復活を求める意見書・要望書	年 月 日

\*2016年9月以降に【2】に関する国または県に提出した意見書・要望書の写しを添付してください。

☆ご協力ありがとうございました。