

貴自治体名 日進市懇談日時 10月 29日 (火) 午前・午後 1時 00分～ 2時 00分懇談会場 日進市役所 4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。

2019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(介護福祉課)電話(0561-73-1495)FAX(0561-72-4554)
 メールアドレス(kaigofukushi@city.nisshin.lg.jp)

(1) 介護保険料の独自減免制度

①保険料の市町村独自の低所得者への減免制度がありますか。

() ない

(○)ある → 実施年月(2003 年 4 月) 2018年度実績(—)件(—)円

②市町村独自の低所得者減免がある場合、その内容をご記入ください。(2019年4月1日現在)

1) 減免対象の規定(所得段階区分等)の内容

介護保険料が第一段階の者のうち、老齢福祉年金の受給権者

2) 保険料の全額免除はありますか。

(○) ない () がある

3) 資産保有による制限はありますか。

(○) ない () がある

4) 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 () がある

5) 申請は必要ですか。

(○) 必要 () 不要

③収入減少を理由にした保険料減免制度の要件と減免内容(金額・割合など)をご記入ください。

前年中における合計所得金額が 200 万円以下で当該年中における合計所得金額の見込額が前年中における合計所得金額に比して、2 分の 1 以下に減少すると認められる次に掲げる者

(1) 当該年中における合計所得金額の見込額が、30 万円以下の者 100分の50減免

(2) 当該年中における合計所得金額の見込額が、60 万円以下の者 100分の30減免

(2) 保険料滞納の状況と処分件数について(2018年度実績)

1) 保険料滞納者数 (217) 件

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 (7) 件

5) 「財産差し押さえ」処分件数 (0) 件

(3) 介護保険利用料の独自減免制度

①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(2003 年 4 月) 2018年度実績(—)件(—)円

②市町村独自の利用料減免がある場合、その内容をご記入ください。(2019年4月1日現在)

1) 減免対象の規定(所得段階区分等)の内容

所得税非課税世帯

障害者施策によるホームヘルプサービスの利用者で、境界層該当として定率負担額が 0 円となっている者

2) 訪問介護利用料の助成割合 (5%)

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 () がある

※2019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。

(4) 特別養護老人ホームの待機者について ※人数は名寄せしてご記入ください。

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。(17)人(2018年11月現在)

② 要介護1、2の入所者数、待機状態にある人を把握していますか。

(○) 把握している → 入所者数(9)人 待機者数(2)人 (2018年11月現在)

() 把握していない

(5) 施設サービス基盤整備(第7期計画)

※()カッコ内には新規施設数、新規定員数を再掲してください。

	第7期(2018年度)						第7期計画(2019・2020年度)			
	計画(新規数)		実績(新規)		差(新規数)		2019年度(新規)		2020年度(新規)	
	施設	定員	施設	定員	施設	定員	施設	定員	施設	定員
特別養護老人ホーム	4 (0)	229 (0)	0 ()	0 ()	0 ()	0 ()	4 ()	229 ()	4 ()	229 ()
介護老人保健施設	3 (0)	248 (0)	0 ()	0 ()	0 ()	0 ()	3 ()	248 ()	4 (1)	348 (100)
認知症グループホーム	5 (0)	72 (9)	0 ()	0 ()	0 ()	0 ()	5 ()	72 ()	5 ()	81 ()
特定施設入居者生活介護事業所	4 (0)	225 (0)	3 ()	205 ()	-1 ()	-20 ()	4 ()	225 ()	4 ()	225 ()

(6) 介護施設の夜勤形態について

① 施設種別ごとにご記入ください。

	設置施設数	2 交替夜勤	3 交替夜勤
特別養護老人ホーム	4		
介護老人保健施設	3		
グループホーム	5		
小規模多機能	2		
看護小規模多機能	0		
短期入所	0		

② 上記施設の内、たとえ1病棟・1フロア・1ユニットであっても、夜勤配置人員が1名になる場合がある施設数をご記入ください。(同じシフトで働くスタッフの休憩時の1人配置を含む)

	2 交替夜勤	3 交替夜勤
特別養護老人ホーム		
介護老人保健施設		
グループホーム		
小規模多機能		
看護小規模多機能		
短期入所		

(7) 総合事業

① 総合事業の対象者数をお答えください。(1,024)人

(回答注:平成31年4月1日現在の事業対象者、要支援1及び要支援2認定者の合計)

② 総合事業の事業所数・利用人数

※事業所数は各年4月1日現在、利用者数は各年度(2019 年度は4～6月)の月平均をご記入ください。

サービス	事業所数			利用人数		
	2017 年	2018 年	2019 年	2017 年度	2018 年度	2019 年度
現行の訪問介護 相当の訪問介護	4	25	27	95	63	77
生活支援型訪問A (緩和した基準)	7	12	14	121	163	172
現行の通所介護 相当の通所介護	12	37	39	141	103	96
通所型サービスA (緩和した基準)	8	16	19	148	202	239
通所型サービスC (短期集中予防)	3	3	2	13	13	11

③ 総合事業における通所サービスについて、利用期間制限のあるものはありますか。

(○)ある ()ない その他()

→ある場合

1) そのサービスの名称:(足腰おたっしやクラブ)

2) 制限期間の数字をご記入ください。

・()週間で終了

・()週間後、クール期間()週間を経て継続、()週間で終了

・(12)週間(3 か月)後、継続(12)週間(3 か月)で終了

1) そのサービスの名称:(健口・健食げんきクラブ)

2) 制限期間の数字をご記入ください。

・(12)週間(3 か月)で終了

④ 総合事業への一般財源からの繰り入れはありますか。あればその繰入額をご記入ください。

(○)ある → 繰入額(2018 年度実績) 17,680,000 円

()ない

⑤ 総合事業における現在の問題点や利用者の状況がありましたら、ご記入ください。

利用者が一定化しており、総合事業の中でも一般介護予防事業を通じた介護予防の必要性について広く周知啓発していく必要がある。

(8) 住宅改修などの受領委任払い制度

① 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(2010年 4 月 1日) 2018年度実績(205)件

()検討中である ()実施の予定がない

② 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(2010年 4 月 1日) 2018年度実績(203)件

()検討中である ()実施の予定がない

③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) 2018年度実績()件
()検討中である (○)実施の予定がない

(9) 高齢者福祉施策

①高齢世帯などへのゴミ出し、安否確認、日常生活支援、買い物支援の実施状況をご記入ください。

支援内容	実施	事業の主体
ゴミ出し援助	☒ 有・無	(○)自治体 ()新総合事業 ()その他事業 担い手
安否確認・見守り	☒ 有・無	(○)自治体 ()新総合事業 ()その他事業 担い手
日常生活支援	☒ 有・無	(○)自治体 ()新総合事業 ()その他事業 担い手
買い物支援	有・ ☒ 無	()自治体 ()新総合事業 ()その他事業 担い手

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

②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	くるりんばす	
	利用料	高齢者(65歳以上)(200円、ただし市内在住65歳以上の方は格安な高齢者定期券を購入可)、障害者(市内在住の介護認定者、障害者手帳保持者等)(無料)円、一般(200円)、子ども(市内在住の小中学生)(無料)円	
	その他特記事項	定期券(一般、学生、高齢者に区分け)、回数券あり。	
	2018年度の運行実績	運行日数361日、7コース(うち1コースは一日当たり20便、その他は11便)、のべ利用者数 320,251 人。(437,493 人・日進中央線含む)	
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	対象者
	高齢者		高齢者
	障害者	身体障害者手帳 1～3 級、療育手帳 A・B 判定、精神障害者保健福祉手帳1・2級の人	障害者
要介護認定者	医療機関への通院及び入退院や、福祉施設への通所及び入退所等の際、ストレッチャー装備車・リフト付き車両等を利用した場合の利用料を助成する。	要介護認定者	
高齢者運転免許自主返納者への外出支援の施策	(○)実施している ()していない ()検討中である		
	内容 くるりんばす無料パスカード(3ヶ月分)の進呈		

③サロン・認知症カフェなど高齢者のたまり場事業の担い手とその内容についてご記入ください。

事業の名称	担い手	事業内容	補助金の有無と金額
ふれあいいきいきサロン	地域住民、ボランティア団体	食事やレクリエーション、健康に関する取組や趣味の活動 季節のイベント等の開催	有 環境整備 (上限)150,000 円 運営費(広報・定期開催) (上限) 50,000 円
ほっとカフェ	地域住民、ボランティア団体	お茶を飲みながらのおしゃべり、趣味や体操等の教室、季節のイベント等の開催	有 環境整備 (上限)150,000 円 運営費(広報・定期開催) (上限) 50,000 円
ぷらっとホーム	地域住民、ボランティア団体、NPO 団体	お茶を飲みながらのおしゃべり、趣味や体操等の教室、季節のイベント等の開催	無 (市の委託事業として実施)
N-café むつみ(認知症カフェ)	有限会社	本人やその家族、知人、地域の方、専門職等の誰もが自由に集い交流しながら、認知症やその対応についての理解を深め、相談ができる場	無 (市の委託事業として実施)
you,i cafe あい工房(認知症カフェ)	NPO 法人	本人やその家族、知人、地域の方、専門職等の誰もが自由に集い交流しながら、認知症やその対応についての理解を深め、相談ができる場	無
you,i cafe ふじつか(認知症カフェ)	NPO 法人	本人やその家族、知人、地域の方、専門職等の誰もが自由に集い交流しながら、認知症やその対応についての理解を深め、相談ができる場	無
N-café スターバックスコーヒー日進香久山店(認知症カフェ)	地域住民、ボランティア団体、市	本人やその家族、知人、地域の方、専門職等の誰もが自由に集い交流しながら、認知症やその対応についての理解を深め、相談ができる場	無
わいわいカフェ(認知症カフェ)	有限会社	本人やその家族、知人、地域の方、専門職等の誰もが自由に集い交流しながら、認知症やその対応についての理解を深め、相談ができる場	無

(10)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(2018年度実績)は(2044)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 → 2018年度()件

(○)認定書を送付している → 2018年度(658)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(【要支援2以上で、かつ、主治医意見書において、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上、又は、障害高齢者の日常生活自立度がA以上と判定された方を対象としている。】)

2. 国民健康保険 担当課(保険年金課)電話(0561-73-1420)FAX(0561-72-4554)

メールアドレス(hoken@city.nisshin.lg.jp)

(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	2017年度	2018年度	2019年度
保 険 料 ・ 税 率	所得割	旧但し書き額	× (7.40)%	× (7.40)%	× (7.60)%
	資産割	固定資産税額	× ()%	× ()%	× ()%
	均等割	加入者1人につき	26,000 円	27,800 円	29,100 円
	平等割	1世帯につき	26,000 円	26,000 円	26,000 円
1人当たり調定額(平均保険料)			89,581 円	92,333 円	93,645 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額			32,614 円	29,581 円	27,751 円

※2019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、その要件と減免内容(金額・割合など)をご記入ください。 ※生活保護受給期間の減免は除く。

7割・5割・2割軽減対象者について、それぞれ0.5割を加算して保険税を軽減しています。

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、その要件と減免内容(金額・割合など)をご記入ください。

納税義務者(主たる生計維持者である被保険者を含む。以下同じ。)が失業(退職を含む。)又は事業の休廃業等により所得が急激に減少し生活が困難となった場合であって、納税義務者の当該年における地方税法第703条の5に規定する総所得金額及び山林所得金額の合算額(以下「総所得金額」という。)の見込額が前年中の総所得金額等の2分の1以下に減少すると見込まれる場合

(1)納税義務者の前年中の総所得金額が200万円以下の場合

当該事由の発生により減免の申請があった日(以下「減免申請日」という。)以後に到来する当該年度納期分の100分の50

(2)納税義務者の前年中の総所得金額等が200万円を超え500万円以下の場合

減免申請日以後に到来する当該年度納期分の100分の30

③子どもの均等割などの減免を実施している場合は、その要件と減免内容(金額・割合など)をご記入ください。

(3) 資格証明書 ※2019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→(1) 世帯

② 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のいる世帯

(○) 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

③ 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。

基準は特に設けておりませんが、緊急での入院の場合などは事情をお聞きして短期保険証を発行することがあります。

(4) 短期保険証 ※2019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(23)人 ・2カ月()人 ・3カ月()人 ・4カ月()人

・5カ月()人 ・6カ月(86)人 ・1年()人 ・その他()

② 短期保険証発行の基準をご記入ください。

世帯主が、国民健康保険被保険者証更新時において、厚生省令で定める公費負担医療の対象者を除き、災害その他特別な事情がないのに前年度以前に国民健康保険税を滞納し、次に該当する場合には、短期保険証を交付する。

(1) 納付誓約を行い、分割納付をしているとき。

(2) 滞納金額の一部を納付したとき。

短期保険証交付対象世帯であっても、次のいずれかに該当する者は適用除外とすることができる。

(1) 愛知県の実施する医療費助成事業の対象となる者

(2) 日進市条例に定める公費負担医療の対象となる者

(3) 15歳に達する日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者

(4) その他市長が特別に認める者

短期保険証の交付を受けている世帯主が、次のいずれかに該当したときは、短期保険証と引き換えに被保険者証を交付する。

(1) 滞納している保険税を完納したとき。

(2) 当該世帯主に係る滞納額が著しく減少したとき。

(5) 保険料(税)滞納者への差押え

① 差し押さえの基準をご記入ください。

納税資力があるにも関わらず、督促状や催告書を送付しても反応がなく、納税交渉にも応じない等、納税誠意が見られない場合に差押を行っています。

②以下の件数をご記入ください。

質問項目		2017年度	2018年度
予告通知書の発行		5	118
差押え	差押え世帯数	26	46
	差押え件数合計	31	60
	件数内訳		
	不動産	3	8
	預貯金	21	41
	生命保険(内学資保険)	5(0)	5(0)
	その他	2	6
競売による現金化		0	0
徴収の猶予	申請件数	0	0
	許可件数	0	0
換価の猶予	申請件数	0	0
	許可件数	0	0
	職権件数	0	0
滞納処分の停止	適用件数	71	9
	件数内訳		
	無資力	49	7
	生活保護	6	1
	生活困窮	0	0
	所在不明	16	1
	その他	0	0

(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。

※2019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 (165) 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 (0) 人
 ③その他 ()

(7) 一部負担減免制度

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

※2018年4月以降に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相談・申請の実績(2018年度)

- ・自治体窓口(電話相談なども含む)への相談件数 (0) 件 ・申請件数 (0) 件
 ・減免件数 (0) 件 ・減免金額 (0) 円

(8) 70～74歳の高額療養費の支給申請手続きの簡素化

() 簡素化している(年 月受診分から実施) (○) 検討中 () 簡素化の予定はない

(9) 国保運営協議会

- 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 → (1) 人

3. 税の滞納について 担当課(収納課)電話(0561-73-4109)FAX(0561-73-8024)
メールアドレス(shuuno@city.nisshin.lg.jp)

(1)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、件数をご記入ください。

質問項目		2017年度	2018年度	
徴収の猶予	申請件数	0	0	
	許可件数	0	0	
換価の猶予	申請件数	1	1	
	許可件数	1	1	
	職権件数	0	1	
滞納処分の停止	適用件数	120	31	
	件数内訳	無資力	79	24
		生活保護	9	2
		生活困窮	0	0
		所在不明	32	5

(2) 地方税滞納整理機構に引き継いだ件数(2018年度内に引き継いだ件数) (97)件

(3) 地方税滞納整理機構に引き継ぎをする基準

原則、個人住民税に滞納があり、その他の滞納本税額が高額な案件の中から、対象者の納税資力について事前に調査を行い、納税資力があるものの納税交渉に応じない、あるいは納付誓約を結んでも履行されない方を対象としております。

(4) 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(ただし、納付誓約を結んでいる場合に限っております)

4. 生活保護 担当課(地域福祉課)電話(0561-73-1519)FAX(0561-72-4554)
メールアドレス(chiikifukushi@city.nisshin.lg.jp)

※ 生活保護利用者向けの説明パンフレット(生活保護のしおりなど)を添付してください。

(1) 生活保護の申請件数とその保護件数について

2018年度相談件数 (40)件、申請件数 (18)件、そのうち保護開始件数 (18)件

(2) 2019年4月現在の受給世帯数と人数 (69)世帯、(84)人

(3) 過誤払い件数・金額

	①過誤払い件数・金額		②返還請求件数・金額		③返還した件数・金額	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
2016年度分	2	253, 000	2	253, 000	2	253, 000
2017年度分	15	1, 015, 980	15	1, 015, 980	13	786, 652
2018年度分	11	1, 006, 001	11	1, 006, 001	9	858, 414

※②、③の件数・金額は、「①過誤払い件数・金額」の発生した年度にご記入ください。

※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(同)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
2018年4月現在	2人	2年 0カ月	0人	61世帯	72人
2019年4月現在	2人	2年 0カ月	0人	35世帯	44人

5. 福祉医療など 担当課(保険年金課)電話(0561-73-1430)FAX(0561-72-4554)

メールアドレス(hoken@city.nisshin.lg.jp)

- (1)福祉医療(子ども・障害者・ひとり親・高齢者の医療費助成制度)について、2018年4月1日以降、制度(助成内容・対象範囲・対象要件・自己負担・支払方法など)を改定(予定を含む)していますか。
※該当項目に○印を付してください。

福祉医療の種類	改定なし	改定あり	改定予定あり
子ども医療費助成制度	○		
障害者医療費助成制度	○		
精神障害者医療費助成制度		○	
ひとり親医療費助成制度	○		
後期高齢者福祉医療費給付制度	○		

- (2)前記(1)の質問で「改定あり」、「改定予定あり」の場合、実施年月日・改定内容をご記入ください。

(実施年月日) 2018年8月診療分から実施

(改定内容)精神疾患の入・通院費とそれ以外の通院費を助成→精神疾患を含む全ての疾病に関する入・通院医療費を助成

- (3)妊産婦への医療費助成制度を実施していますか。実施している場合、実施内容をご記入ください。

()実施している ()検討中である (○)実施していない

(実施年月日)

(実施内容)

6. 子育て支援策 担当課(子育て支援課)電話(0561-73-4183)FAX(0561-72-4603)

メールアドレス(kosodatechien@city.nisshin.lg.jp)

- (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(H16年4月実施) ()未実施

2018年度実績 (3)件 給付額(77,200)円

2019年度予算 (8)件 給付額(220,000)円

③日常生活支援事業について (○)実施(H16年4月実施) ()未実施

2018年度実績 (0)件 給付額(0)円

2019年度予算 (1)件 給付額(241,000)円

④教育・学習支援について ()実施(年 月実施) ()未実施

2018年度実績 (1)カ所(22)人 実施時期(通年)

2019年度予算 (1)カ所()人 実施時期(通年)

⑤NPOなどが取り組む「無料塾」や「こども食堂」への支援について

1)「無料塾」への支援について ()実施(年 月実施) (○)未実施

2018年度実績 ()カ所()人、2019年度予算 ()カ所()人
支援方法()

2)「こども食堂」への支援について ()実施(年 月実施) (○)未実施

2018年度実績 ()カ所()人、2019年度予算 ()カ所()人
支援方法(試行的に日進市市民自治活動推進補助金を利用 年 50 千円)

(2) 就学援助

※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)。

①就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

	2018年度	2019年度
受給者数	574 人	525 人
受給割合	6.7%	6.0%
支給額	48,832,180 円	51,811,000 円

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。
※2019年度の支給額は見込額をご記入ください。

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(1.5)倍・金額()円
この他、生活保護受給、市民税非課税又は減免、個人事業税又は固定資産税減免、国民年金掛金減免又は国保税減免もしくは徴収猶予、児童扶養手当受給、生活福祉資金貸付、失業対策事業適格者手帳所有又は職安登録日雇労働者

③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) … (約207万)円
- ・4人家族(父母は30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … (約329万)円

④申請書の受付先 ()市町村窓口 ()学校 (○)窓口と学校のどちらも可

⑤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()

(3) 学校給食費に自治体独自の補助を行っていますか。(例:半額補助、第2子以降無料など)

()行っている (○)行っていない ()検討中

※行っている場合は、補助内容をご記入ください。

--

(4) 保育について

①保育施設の数について (2019年4月1日現在)

認可保育所 (か所)	公立	10
	民間	7
その他の 認可保育施設 (か所)	家庭的	0
	小規模保育事業A	5
	小規模保育事業B	2
	小規模保育事業C	0
	事業所内保育所	0
	居宅訪問型保育	0
認可外保育施設 (か所)	全体数	5
	その内指導監督基準を満たさない施設の数	0
企業主導型保育事業数 (か所)		6

②認可外保育施設への市町村独自の立ち入り・巡回指導等について

- 1) 実施状況 (○)実施している ()検討中である ()実施していない
- 2) 実施している場合の頻度(半年に1回)
- 3) 具体的な実施内容(保健師・巡回指導員(保育士)による巡回指導)

③指導監督基準を下回る認可外施設・事業に対する施策に補助や助成など「質」向上のために実施している施策があればご記入ください。

--

④幼児の副食材料費の徴収に伴い、保育料無償化以前の利用料負担を上回る家庭はありますか。

(☐)ない (☐)ある → その場合の金額(円)

⑤給食費の市町村独自の補助・減免措置について

1)実施状況 (☐)実施している (☐)検討中である (☐)実施していない

2)実施している対象

(☐)乳児の主食費 (☐)乳児の副食費 (☐)幼児の主食費 (☐)幼児の副食費

※実施している場合は具体的な内容をご記入ください。

7. 障害者施策 担当課(介護福祉課)電話(0561-73-1749)FAX(0561-72-4554)

メールアドレス(kaigofukushi@city.nisshin.lg.jp)

(1)入所施設について(2019年7月時点)

・入所施設設置数 (1)カ所

・設置する施設の入所待機者数 (20)人 ※複数施設の場合は名寄せしてご記入ください。

・待機者数の対前年比()%

(2)グループホームについて(2019年7月時点)

・グループホーム設置数(6)カ所 対前年比(120)%

・共同生活援助支給決定数 43 人 対前年比()%

(3)訪問系各サービスの支給状況について(2019年7月時点)

サービス	支給者数(人)	昨年同月比(%)	最多支給時間数 (時間)	平均支給時間数 (時間)
居宅介護	125	102.5	154.5	28.2
重度訪問介護	6	85.7	426	220.3

地域生活支援事業

移動支援	117	103.5	40	17.3
------	-----	-------	----	------

※最多支給時間は2019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。

(4)障害者総合支援法第7条 40歳以上の特定疾患または65歳以上障害者の障害福祉サービスの利用についてご記入ください。(いずれかに○)

(☐)介護保険の申請を行わない障害福祉サービス利用者は、障害福祉サービスを打ち切っている。

(○)本人意向にもとづき障害福祉サービスが利用できるようにしている。

※利用できる場合、支給決定期間を短くするなどの条件がある場合は、その条件をご記入ください。

(5)2018年4月からはじまった高齢障害者の利用者負担軽減制度の対象者数について

・2019年度支給予定者総数 (3)人、7月1日現在の受給者総数(0)人

(6)国制度に加え、独自の高齢障害者の利用者負担軽減制度の対象要件について

(○)ない

(☐)ある ※ある場合は具体的な対象要件をご記入ください。

(7) 障害者グループホームの体制について

- ・常勤換算1人以上を配置しているところ GH()カ所中()カ所
- ・夜勤体制をとっているところ GH()カ所
- ・宿直体制をとっているところ GH()カ所
- ・夜間通報体制をとっているところ GH()カ所
- ・夜勤体制を複数でおこなっているところ GH()カ所

(8) 県の補助だけではなく、自治体独自でグループホームに対する補助がありますか。

(○)ない

()ある ※ある場合は具体的な補助内容をご記入ください。

8. 任意予防接種の助成 担当課(健康課)電話(0561-72-0770)FAX(0561-74-0244)

メールアドレス(kenko@city.nisshin.lg.jp)

(1) 次のワクチンの助成を実施している場合、それぞれの助成内容をご記入ください。

ワクチンの種類	対 象	助成額 (1回)	自己負担 (1回)	助成開始または予定年月
おたふくかぜ	-	-円	-円	-
ロタウィルス	-	-円	-円	-
子どものインフルエンザ	-	-円	-円	-
麻しん(接種漏れの人)	-	-円	-円	-

(2) 高齢者用肺炎球菌ワクチン

① 高齢者用肺炎球菌ワクチン助成について、定期・任意それぞれの助成内容をご記入ください。

ワクチンの種類	対 象	助成額 (1回)	自己負担 (1回)	助成開始または予定年月
高齢者用肺炎球菌(定期)	施設等に入所しており、県内の指定医療機関で接種できない定期接種対象者	接種費用から2,500円を控除した額	-円	平成27年4月
高齢者用肺炎球菌(任意)	65歳以上で過去5年以内に接種していない人(助成は2回まで)	3,000円	医療機関により異なる	平成19年10月

② 2回目の任意予防接種を実施していますか。

(○)実施している。 ()実施していない。 ()検討中

9. 健診事業 担当課(健康課)電話(0561-72-0770)FAX(0561-74-0244)

メールアドレス(kenko@city.nisshin.lg.jp)

(1) 産婦健診を何回実施していますか。回数と開始年月をご記入ください。

平成29年4月より開始。1回助成を実施しております。

(2) 妊婦・産婦への妊産婦歯科健診の実施状況・実施年月をご記入ください。

妊産婦を対象に1回、通年で実施しております。

(3) 保健所・保健センターへの歯科衛生士の配置について、人数、常勤・非常勤区分をご記入ください。

7名を非常勤で依頼しております。

【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。

※2018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	①75 歳以上の2割負担をはじめ医療費患者負担増の計画中止を求める意見書・要望書	年 月 日
	②国民健康保険の国庫負担を抜本的に引き上げ、十分な保険者支援を行うことを求める意見書・要望書	年 月 日
	③若い人も高齢者も安心できる年金制度を求める意見書・要望書	年 月 日
	④介護保険制度の改善を求める意見書・要望書	年 月 日
	⑤子どもの医療費無料制度創設を求める意見書・要望書	年 月 日
	⑥障害児・者の生きる基礎となる「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・愛知県の国民健康保険に事業費補助を求める意見書・要望書	年 月 日

* 2018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。