貴自治体名　扶桑町
懇談日時　10 月 30 日(水)　午後 1 時 00 分～ 2 時 00 分
懇談会場　扶桑町役場 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。

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(介護健康課)電話(0587-93-1111)FAX(0587-93-2034)
メールアドレス(info_box@town.fuso.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(1)件(3, 600)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

世帯の生計を主として維持するものが次の各状況になった場合。①災害による財産等の損害の発生。②死亡又は長期入院による収入の減少。③事業の休廃止等による収入の減少。④農作物等の不作等による収入の減少。⑤町長が特に必要があると認めた場合。

2)保険料の全額免除はありますか。　(○)ない　(　)ある
3)資産保有による制限はありますか。　(　)ない　(○)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　(　)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。

(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　(　613　)件
2)「償還払い」処分件数　(　　)件
3)「保険給付の一時差し止め」処分件数　(　　)件
4)「3割負担」処分件数　(　　)件
5)「財産差し押さえ」処分件数　(　　)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(　年　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

なし

2)訪問介護利用料の助成割合　(　)
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
※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。(82)人(2019年8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(10)人　(2019年8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	2	113	1	113	0	0	0	0	0	0
介護老人保健施設	1	100	0	100	0	0	0	0	0	0
認知症グループホーム	4	54	0	54	0	0	0	0	0	0
特定施設入居者生活介護事業所	1	30	1	30	0	0	0	0	0	0

(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	2	1	
介護老人保健施設	1		
グループホーム	4	1	
小規模多機能			
看護小規模多機能			
短期入所	1	1	

②上記施設の内、たとえ1病棟・1フロアー・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	1	
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。(　46　)人

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	1	4	4	5	61	63
生活支援型訪問A (緩和した基準)						
現行の通所介護 相当の通所介護	1	7	7	14	129	120
通所型サービスA (緩和した基準)						
通所型サービスC (短期集中予防)						

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:(　　)

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

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)＿＿＿＿＿＿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。

(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(2007年4月1日)　2018年度実績(　132　)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(2008年4月1日)　2018年度実績(　115　)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　委託事業者
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		
	利用料	高齢者〈　　歳以上〉(　　)円、障害者(　　)円 一般(　　)円、子ども〈　　歳～　　歳〉(　　)円	
	その他特記事項		
	2018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	2018年度の助成実績
	高齢者	(対象者) 満80歳以上の高齢者。 (助成内容) ・1年間のタクシー利用回数が36回を超えない範囲において、1回の利用について基本料金に相当する額を助成する。 ・満80歳以上の者で介護保険法の要介護者及び要支援者に該当すると認められた者は、1度に限りさらに利用回数が24回を超えない範囲で助成する。	(　2, 125　)人
	障害者	(対象者) ・身体障害者手帳の交付を受けている者で、障害程度が1級から4級の者 ・療育手帳の交付を受けている者で、その障害程度がA又はBの者 ・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者で、1級又は2級の者 (助成内容) ・1年間のタクシー利用回数が36回を超えない範囲において、1回の利用について基本料金に相当する額を助成する。 ・身体障害者手帳の交付を受けている者で、障害程度が1級から4級の者のうち、下肢障害、体幹障害及び視覚障害を有する者は、1度に限りさらに利用回数が24回を超えない範囲で助成する。	(　630　)人

	要介護認定者	(対象者) 満40歳から満80歳未満の者で介護保険法の要介護者及び要支援者に該当すると認められた者 (助成内容) 1年間のタクシー利用回数が36回を超えない範囲において、1回の利用について基本料金に相当する額を助成する。	(155)人
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	

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
公共宅老事業	扶桑町社会福祉協議会	高齢者サロン(レクリエーション、体操、音楽、工作等)	委託費 2,633,032円
地区宅老事業	各地区等(運営主体) 扶桑町社会福祉協議会(運営支援)	高齢者サロン(レクリエーション、体操、音楽、工作等)	委託費(運営支援) 2,049,627円 地区補助金(社会福祉協議会及び委託費(運営支援)から助成) 年間最大 25,000円

(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 (986)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(986)件

( )自動的には送付していない

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以上の方で、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。)

2. 国民健康保険 担当課(住民課)電話(0587-93-1111)FAX(0587-93-2034)
メールアドレス(info_box@town.fuso.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	× (7.0)%	× (7.65)%	× (7.65)%
	資産割	固定資産税額	× (28.0)%	× (0)%	× (0)%
	均等割	加入者1人につき	26,000 円	29,300 円	29,300 円
	平等割	1世帯につき	23,000 円	23,900 円	23,900 円
1人当たり調定額(平均保険料)			85,061 円	82,301 円	83,156 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額			12,721 円	10,424 円	10,744 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。

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。

世帯主及び当該世帯に属する被保険者の前年の総所得金額が 400 万円以下で当該年の所得見込額が、前年総所得金額の 2/3 以下に減少すると認められる者

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→（　　）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。

(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（　　）人　・2カ月（　　）人　・3カ月（　　）人　・4カ月（　　）人
・5カ月（　　）人　・6カ月（ 175 ）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。

前年度において、保険年税数の 1/2 以上に相当する滞納額がある世帯
（納付計画に従って納付されていると認められる場合は除く）

(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。

自主納付しない納税意識のない滞納者

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			113	85
差押え	差押え世帯数		51	19
	差押え件数合計		69	29
	件数内訳	不動産	7	0
		預貯金	49	16
		生命保険(内学資保険)	3 (0)	5 (0)
		その他	10	8
競売による現金化	インターネット公売		1	1(落札に至らず)
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		26	48
	件数内訳	無資力	20	34
		生活保護	1	1
		生活困窮	4	5
		所在不明	1	8
		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 (8)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 (40)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 ( )件 ・減免金額 ( )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 → ( )人

3. 税の滞納について　担当課（税務課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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		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		63	85
	件数内訳	無資力	43	55
		生活保護	3	1
		生活困窮	7	6
		所在不明	10	23

（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）　（　80　）件

（3）地方税滞納整理機構に引き継ぎをする基準

高額又は滞納整理困難案件、長期間の折衝の中で無回答等の案件

（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

4. 生活保護　担当課（福祉児童課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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（　31　）件、申請件数（　23　）件、そのうち保護開始件数（　21　）件

（2）2019年4月現在の受給世帯数と人数　（　92　）世帯、（　117　）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	1	256,530	1	256,530	1	138,530
2017年度分	0	0				
2018年度分	0	0				

※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	人	年　カ月	人	世帯	人
2019年4月現在	人	年　カ月	人	世帯	人

5. 福祉医療など　担当課（住民課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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）2019．4．1
（改定内容）精神障害者医療制度は、自立支援医療対象者等の精神障害の治療に要する入院費の助成を1/2から全額に拡大しました。ひとり親医療費助成制度は、愛知県の基準にならい、児童扶養手当を基準とした所得制限を設けました。

（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（福祉児童課・学校教育課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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（　年　月実施）　（ ○ ）未実施
　2018年度実績（　）件　給付額（　）円
　2019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
　2018年度実績（　）件　給付額（　）円
　2019年度予算（　）件　給付額（　）円

④教育・学習支援について　（ ○ ）実施（2016年6月実施）　（　）未実施
　2018年度実績（ 4 ）カ所（ 88 ）人　実施時期（ 4月～3月 ）
　2019年度予算（ 4 ）カ所（ 88 ）人　実施時期（ 4月～3月 ）

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（　）

（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	227人	189人
受給割合	7．7%	6．6%
支給額	17,660,945 円	19,573,000 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（ 1．2 ）倍・金額（　定めていない　）円

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1，700，000　）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2，570，000　）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	7
	民間	
その他の認可保育施設（か所）	家庭的	
	小規模保育事業A	
	小規模保育事業B	
	小規模保育事業C	
	事業所内保育所	
	居宅訪問型保育	
認可外保育施設（か所）	全体数	2
	その内指導監督基準を満たさない施設の数	1
企業主導型保育事業数　（か所）		

②認可外保育施設への市町村独自での立ち入り・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（　　）

3）具体的な実施内容（　　）

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(福祉児童課)電話(0587-93-1111)FAX(0587-93-2034)
メールアドレス(info_box@town.fuso.lg.jp)

(1)入所施設について(2019年7月時点)
・入所施設設置数　(　0　)カ所
・設置する施設の入所待機者数　(　　)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(　4　)カ所　対前年比(　200　)%
・共同生活援助支給決定数　29　人　対前年比(　152.6　)%

(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	43	107.5	60	27.3
重度訪問介護	0	-	0	0
地域生活支援事業				
移動支援	63	100	51	16.8

※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。

介護保険の申請をすみやかに行ってもらう。本人の意向を確認し状況に応じ利用決定している。

(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　(　2　)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(　4　)カ所中(　3　)カ所
・夜勤体制をとっているところ　(　4　)カ所
・宿直体制をとっているところ　(　0　)カ所
・夜間通報体制をとっているところ　(　0　)カ所
・夜勤体制を複数でおこなっているところ　(　1　)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（介護健康課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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	助成していません	円	円	
ロタウィルス	助成していません	円	円	
子どものインフルエンザ	助成していません	円	円	
麻しん（接種漏れの人）	助成していません	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）	65 歳の者、70・75・80・85・90・95 歳及び 100 歳以上で未接種者、60～65 歳未満の厚生労働省令で定める者	円	2,000 円	H26 年 10 月
高齢者用肺炎球菌（任意）	75 歳以上で、定期接種の対象外の者、66～74 歳未満の厚生労働省令で定める者	4,196 円 非課税世帯は 8,196 円	円	H23 年 6 月

②2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（介護健康課）電話（0587-93-1111）FAX（0587-93-2034）
メールアドレス（info_box@town.fuso.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。

産婦健診は、2017年度4月から1回実施しています。

（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。

妊婦歯科健診は、集団健診として実施しています。産婦の歯科健診は、実施していません。

（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。

配置していません。

【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	H30 年 12 月 20 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	H30 年 12 月 20 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	H30 年 12 月 20 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	H30 年 12 月 20 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	H30 年 12 月 20 日
県	①福祉医療制度を守り、拡充を求める意見書・要望書	H30 年 12 月 20 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	H30 年 12 月 20 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。