

## 2020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( 町民課 ) 電話( 0536-62-0519 ) FAX( 0536-62-1458 )  
メールアドレス( chomin@town.shitara.lg.jp )

### (1) 介護保険料の基準額と倍率 **[広域連合]**

① 2020年度の基準額と倍率をご記入ください。

基準額(月額)	<b>(8市町村加重平均) 4,906 円</b>	
倍率	第1段階	<b>0.3 倍</b>
	第2段階	<b>0.5 倍</b>
	第3段階	<b>0.7 倍</b>
	第4段階	<b>0.9 倍</b>
	最高段階	段階: 第( <b>12</b> )段階 所得: ( <b>1,000</b> )万円以上 倍率: ( <b>2.0</b> )倍

② 第8期(2021～2023年度)の保険料改定に向けて、一般会計からの繰り入れ、基金の取り崩し、倍率の見直しなどの検討状況をご記入ください。

**基準額の急激な上昇を抑制するように、基金の取り崩し額や高所得者の倍率の見直し等を検討しています。**

### (2) 介護保険料の独自減免制度 **[広域連合]**

※2020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。

#### ① 低所得者への保険料減免制度

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。

(○)ある ( )ない

2) 低所得者減免がある場合、その内容をご記入ください。(2020年4月1日現在)

・減免対象の規定(所得段階区分等)の内容

**1. 対象者要件**  
**所得段階が第3段階で、次の①から⑥のいずれにも該当する方**  
**①市町村民税を課税されている方と生計を同じくしていないまたはその方から生活援助を受けていないこと。**  
**②課税世帯の方の市町村民税の控除対象者となっていないこと。**  
**③自らの居住の用に供する土地、家屋以外の土地または家屋を所有していないこと。**  
**④介護保険料を滞納していないこと。**  
**⑤健康保険の被扶養者となっていないこと。**  
**⑥世帯の前年の収入が120万円(世帯員が1人増えるごとに35万円を加算)以下であること。**

**2. 減免額**  
**第2段階の保険料年額へ減額**

- ・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。 (○)必要 ( )不要

3) 低所得者減免がある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	<b>203 件</b>	<b>147 件</b>
保険料減免の金額実績	<b>1,800,432 円</b>	<b>649,523 円</b>

#### ② 収入減少を理由にした保険料減免制度

1) 収入減少を理由にした保険料減免制度がありますか。(コロナ関係の減免は除く)

(○)ある ( )ない

2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

**1. 対象者要件**  
 次の①から③までの要件のいずれかに該当する方で、減免の申請をした日の属する年における合計所得金額世帯合算額の見積額とその前年における合計所得金額世帯合算額に対する割合が10分の5未満の方、かつ減免の申請をした日の属する年の前年(1月から3月の場合は前々年)における合計所得金額世帯合算額が300万円以下の方  
 ①主たる生計維持者が死亡したとき、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことによりその者の収入が著しく減少したとき。  
 ②主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したとき。  
 ③主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少したとき。

**2. 減免内容(金額・割合)**  
 減免の申請をした日以後6月以内に到来する普通徴収の納期限又は特別徴収対象年金給付の支払が行われる日に係る保険料のうち、徴収猶予又は減免の申請をした日が属する年度中の普通徴収の納期限又は特別徴収対象年金給付の支払が行われる日に係る保険料の10分の5に相当する額

3) ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	0 件	3 件
保険料減免の金額実績	0 円	59,195 円

4) コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。(2020年2月～7月)

質問項目	2020年2月～7月
保険料減免件数	9 件
保険料減免の金額実績	587,211 円

(3) 保険料滞納の状況と処分件数について **[広域連合]**

質問項目		2018年度	2019年度
保険料滞納者数	保険料滞納者実人数	3,684	3,594
	保険料滞納者延べ件数	(調定件数) 22,655	(調定件数) 20,919
保険給付の制限	償還払い人数	38	49
	保険給付の一時差し止め人数	0	0
	3割負担人数	68	69
財産差押え	差押え実人数	0	0
	差押え件数合計	0	0

(4) 介護保険利用料の独自減免制度 **[広域連合]**

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。

( )ある (○)ない

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。(2020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

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

※一般会計から直接支給している場合も「ある」としてください。

※2020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 低所得者減免がある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件

利用料減免の金額実績	円	円
------------	---	---

(5) 介護給付費準備基金について ※決算前の場合は見込額 **[広域連合]**  
2018年度末の残高(5,063,100,648)円 2019年度末の残高(5,453,716,616)円

(6) 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。 **[広域連合]**  
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。(265)人(2019年6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(176)人 待機者数(39)人 (2019年6月現在)  
( )把握していない

(7) 施設サービス基盤整備(第7期計画) **[広域連合]**

※( )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(2019年度)						第7期計画(2020年度)	
	計画(新規数)		実績(新規)		差(新規数)		2020年度(新規)	
	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	29 (1)	2,512 (100)	29 (1)	2,512 (100)	0 (0)	0 (0)	29 (0)	2,541 (29)
介護老人保健施設	18 (0)	1,638 (0)	18 (0)	1,638 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (0)	1,620 (0)
認知症グループホーム	68 (3)	1,206 (54)	67 (2)	1,197 (36)	1 (1)	9※ (18)	69 (2)	1,233 (36)
特定施設入居者生活介護事業所	1 (0)	29 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-1)	-29 (-29)	0 (0)	0 (0)

《補足》

※認知症グループホームの2019年度定員の差の不一致の理由は、2018年度に介護療養型医療施設からグループホームへ9床、計画にはない転換があったため。

(8) 介護施設の夜勤形態について **[広域連合]**

①職員の夜勤時の就労形態はどのようになっていますか。施設種別ごとにご記入ください。

	設置施設数	2交替制夜勤	3交替制夜勤	2交替と3交替が混在	その他
特別養護老人ホーム	54	不明	不明	不明	不明
介護老人保健施設	17	不明	不明	不明	不明
グループホーム	67	不明	不明	不明	不明
小規模多機能	13	不明	不明	不明	不明
看護小規模多機能	6	不明	不明	不明	不明
短期入所	54	不明	不明	不明	不明

②上記施設の内、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。(たとえ1病棟・1フロア・1ユニットであっても、実態があれば数えてください。なお、同じシフトで働くスタッフの休憩時に1人になる場合も含みます。)

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

《補足》

①の設問で不明と回答しているため、②も不明と回答していますが、これまでの指定申請や変更届出で勤務体制を確認している限りは、スタッフの休憩時まで、1病棟・1フロア・1ユニットであっても、夜勤が一時的に1人配置にならない施設は殆どないという印象です。

(9) 総合事業

①総合事業の対象者数をお答えください。( 833 )人 **[広域連合]**

②総合事業の事業所数・利用人数 **[広域連合]** ただし、通所型サービスCは**[市町村]**

※事業所数は各年4月1日現在、利用者数は月平均(2020年度は4～6月の平均)をご記入ください。

サービス	事業所数		利用人数	
	2019年	2020年	2019年度	2020年度
現行の訪問介護 相当の訪問介護	104	101	1,607	1,554
生活支援型訪問A (緩和した基準)	27	26	124	125
現行の通所介護 相当の通所介護	250	240	3,576	3,376
通所型サービスA (緩和した基準)	35	34	247	230
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。 **[市町村]**

( )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

(10)住宅改修・福祉用具などの受領委任払い制度 (該当に○印を付し、実績などをご記入ください)

**[広域連合]**

	実施予定なし	検討中	実施している	実施年月日	2019年度実績
住宅改修		○			
福祉用具	○				
高額介護サービス	○				

(11)高齢者福祉施策 **[市町村]**

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		
		( )自治体	( )新総合事業	( )その他事業
ゴミ出し援助	有・ <b>無</b>	( )自治体 担い手	( )新総合事業	( )その他事業
安否確認・見守り	<b>有</b> ・無	( )自治体 担い手	( )新総合事業	(○)その他事業
日常生活支援	有・ <b>無</b>	( )自治体 担い手	( )新総合事業	( )その他事業
買い物支援	有・ <b>無</b>	( )自治体 担い手	( )新総合事業	( )その他事業

※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	
	2019年度の運行実績	

タクシー代助成	実施の有無	( <input type="radio"/> )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	2019年度の助成実績
	高齢者	<b>要支援・要介護認定者</b>	( <b>554</b> )人
	障害者	<b>障がい者手帳保有者</b>	( )人
要介護認定者	<b>要介護認定者</b>	( )人	
高齢者運転免許自主返納者への外出支援の施策	( <input type="radio"/> )実施している ( )していない ( )検討中である 内容 <b>バス定期券等購入費用上限 15,000 円を補助</b>		

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。

事業名	担い手	事業内容	補助金の有無と金額
<b>いっぷく</b>	<b>社会福祉協議会社会保健福祉センター</b>	<b>高齢者が相談できる場所をつくる</b>	<b>無</b>
<b>寄ってみんなカフェ</b>	<b>設楽町(愛子ホーム設楽苑へ事業委託)</b>	<b>認知症の人、その家族、地域住民の交流の場の提供</b>	<b>無(委託料)</b>

④加齢性難聴者への補聴器助成がある場合、事業名、対象者、助成額、助成実績をご記入ください。

事業名	対象者	助成額	助成実績

(12)介護認定者の障害者控除の認定について [市町村]

- ①認定書の発行枚数実績は → 2018年度( **40** )枚、2019年度( **143** )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、2019年度( **420** )件  
認定書を送付している → 2018年度( )件、2019年度( )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( **町民課** )電話( **0536-62-0519** )FAX( **0536-62-1458** )  
メールアドレス( **chomin@town.shitara.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	2019年度	2020年度
保険料・税率	所得割	旧但し書き額	× ( <b>5.95</b> )%	× ( <b>5.95</b> )%
	資産割	固定資産税額	× ( )%	× ( )%
	均等割	加入者1人につき	<b>24,900</b> 円	<b>24,900</b> 円
	平等割	1世帯につき	<b>27,800</b> 円	<b>27,800</b> 円
1人当たり調定額(平均保険料)※予算額			<b>68,620</b> 円	<b>69,450</b> 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額 ※2019年は決算額、2020年は予算額			円	円

(2)保険料(税)の市町村独自の減免制度

①市町村独自の低所得者減免

- 1)低所得者減免を実施していますか。 ※生活保護受給期間の減免は除く  
ある ない
- 2)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。

--

3) 低所得者減免を実施している場合、実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

4) 低所得者減免に対する一般財源からの繰り入れはありますか。( )ある ( )ない  
※一般会計から直接支給している場合も「ある」としてください。

②収入減少を理由にした保険料(税)減免制度

1) 収入減少を理由にした保険料(税)減免制度がありますか。  
( )ある (○)ない

2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

--

3) ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ関係の減免は除く)

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

4) コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。(2020年2月～7月)

質問項目	2020年2月～7月
保険料減免件数	件
保険料減免の金額実績	円

③子どもの均等割などの減免

1) 子どもの均等割保険料(税)の減免制度がありますか。  
(○)ある ( )ない

2) ある場合、2020年4月1日現在の内容をご記入ください。

<b>18歳以下の子供の均等割を半額</b>
------------------------

3) ある場合、その実績をご記入ください。

質問項目	2018年度	2019年度
保険料減免件数	件	件
保険料減免の金額実績	円	円

(3) 国保被保険者数・世帯数・滞納世帯数・資格証明書交付世帯数・短期保険証交付世帯数

質問項目	2019年6月1日	2020年6月1日
被保険者数	<b>1,236</b>	<b>1,190</b>
世帯数	<b>777</b>	<b>757</b>
滞納世帯数		
資格証明書交付世帯数		
短期保険証交付世帯数	<b>3</b>	<b>3</b>
留め置き世帯数(※1)		
未交付・未更新世帯数(※2)		

※1・2は、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で、※1は「交付した保険証・短期保険証の留め置き世帯数」、※2は「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・未更新世帯数」

(4) 資格証明書 ※2020年6月1日現在でご記入ください。

① 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

--

②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。

--

(5) 短期保険証 ※2020年6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( **3**)人
- ・5カ月( )人 ・6カ月( )人 ・1年( )人 ・その他( )人

②短期保険証発行の基準をご記入ください。

--

(6) 保険料(税)滞納者への差押え等

①差押えの基準をご記入ください。

**東三河広域連合徴収課へ移管**

--

②以下の件数をご記入ください。

質問項目		2018年度	2019年度	
予告通知書の発行				
差押え	差押え世帯数			
	差押え件数合計			
	件数内訳	不動産		
		預貯金		
		生命保険(内学資保険)		
その他				
競売による現金化				
徴収の猶予	申請件数			
	許可件数			
換価の猶予	申請件数			
	許可件数			
	職権件数			
滞納処分の停止	適用件数			
	件数内訳	無資力		
		生活保護		
		生活困窮		
		所在不明		
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

※2019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・適用の実績

質問項目	2018年度	2019年度
一部負担金の相談件数	件	件

一部負担金の申請件数	件	件
一部負担金減免の延べ件数	件	件
一部負担金減免の金額実績	円	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(2019年4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 → ( 2 )人

**3. 税の滞納について 担当課( 財政課 )電話(0536-62-0516)FAX(0536-62-1675)**  
**メールアドレス(zaisei@town.shitara.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		2018年度	2019年度	
徴収の猶予	申請件数			
	許可件数			
換価の猶予	申請件数			
	許可件数			
	職権件数			
滞納処分の停止	適用件数	1	4	
	件数内訳	無資力		
		生活保護		2
		生活困窮		1
		所在不明		1

(2) 地方税滞納整理機構に引き継いだ件数(2019年度内に引き継いだ件数) ( 21 )件

**4. 生活保護 担当課( 町民課 )電話(0536-62-0519)FAX(0536-62-1458)**  
**メールアドレス(chomin@town.shitara.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

2019年度相談件数 ( 2 )件、申請件数 ( )件、そのうち保護開始件数 ( )件

(2) 2020年4月現在の受給世帯数と人数 ( 9 )世帯、( 11 )人

※以下は市のみお答えください

(3) 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
2019年4月現在	人	年 カ月	人	世帯	人
2020年4月現在	人	年 カ月	人	世帯	人

**5. 福祉医療など 担当課( 町民課 )電話(0536-62-0519)FAX(0536-62-1458)**  
**メールアドレス(chomin@town.shitara.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、2019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	<input type="radio"/>		
精神障害者医療費助成制度	<input type="radio"/>		
ひとり親医療費助成制度	<input type="radio"/>		
後期高齢者福祉医療費給付制度	<input type="radio"/>		
妊産婦医療費助成制度	<input type="radio"/>		

(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)
(改定内容)

6. 子育て支援策 担当課( **町民課** )電話(0536-62-0519)FAX(0536-62-1458)  
メールアドレス([chomin@town.shitara.lg.jp](mailto:chomin@town.shitara.lg.jp))

(1) 「子どもの貧困対策推進法」を受けた、貧困対策計画について

① 貧困対策計画の有無について ( )ある( 年 月策定) (○)ない

※子ども子育て支援総合計画などに含むものも「ある」としてください。

② 自立支援給付金事業について ( )実施( 年 月実施) (○)未実施

2019年度実績 ( )件 給付額( )円

2020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

2019年度実績 ( )件 給付額( )円

2020年度予算 ( )件 給付額( )円

④ 教育・学習支援について ( )実施( 年 月実施) (○)未実施

2019年度実績 ( )カ所( )人 実施時期( )

2020年度予算 ( )カ所( )人 実施時期( )

⑤ 「無料塾」、「こども食堂」への支援について

1) 「無料塾」への支援 ( )実施( 年 月実施) (○)未実施

2019年度実績 ( )カ所( )人、2020年度予算 ( )カ所( )人

支援方法( )

2) 「こども食堂」への支援 ( )実施( 年 月実施) (○)未実施

2019年度実績 ( )カ所( )人、2020年度予算 ( )カ所( )人

支援方法( )

⑥ 産前・産後の支援について

1) 産前・産後の家事や育児支援について

( )実施( 年 月実施) ( )未実施

利用期間( から まで)

対象者( )

利用券やクーポンなど ( )作成している ( )作成していない

利用券などの配布方法

( )対象世帯に配布

( )母子健康手帳の交付時に配布

( )その他( )

2) 産後ケア事業について

(○)実施(2020年 4月実施) ( )未実施

(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。

	2019年度	2020年度
受給者数	22人	22人
受給割合	100%	100%
支給額	1,640,479円	1,798,130円

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。  
 ※2020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( )倍・金額( )円
<b>生活保護受給者、町民税が非課税または減免された者、児童扶養手当受給者など。</b>

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) … ( 1,938,000)円
- ・4人家族(父母は30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … ( 2,822,000)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
- ( )めがね・コンタクトレンズ ( )卒業記念品
- ( )その他( )

⑥日本スポーツ振興センター掛け金について

- ( )就学援助の対象としている
- (○)すべての児童の掛け金を公費助成している
- ( )就学援助の対象とせず、すべての児童の掛け金の公費助成も行っていない

(3)給食費の補助・減免について(新型コロナウイルス感染症に関わる臨時的措置は除きます)

①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。

--

②保育施設等の給食費に国の基準を上回って市町村独自の補助・減免を行っていますか。

- (○)行っている ( )行っていない ( )検討中

※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

<b>副食費全額町負担</b>
-----------------

(4)保育について

①保育施設の数について(2020年4月1日現在)

認可保育所 (か所)	公立	3
	民間	1
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	全体数	



3) 夜間通報体制をとっているところ ( )カ所

4) 夜勤体制を複数でおこなっているところ ( )カ所

④ 県の補助だけでなく、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。

( )ある → ある場合どんな補助ですか( )

(  )ない

(3) 訪問系各サービスの支給状況について(2020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	6			
重度訪問介護				

地域生活支援事業

移動支援	2		2	2
------	---	--	---	---

※最多支給時間は2020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) 短期入所について 2020年7月時点

- ・短期入所支給者数( 13 )人、昨年同月比( )%、最多支給日数( 29 )日、平均支給日数( )日
- 年間 180 日以上利用可(短期入所)とする支給者数( )人

(5) 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時

( ) 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

( ) 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

※上記の条件の根拠を詳しくご記入ください。

(6) 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

- ・2020年度支給予定者総数 ( )人、対前年度比( )%

## 8. 任意予防接種の助成 担当課( **保健福祉センター** )電話( **0536-62-0901** )FAX( **0536-62-0902** ) メールアドレス( **hoken@town.shitara.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	1歳～3歳未満	3,000円	残額円	H30.4.1
带状疱疹		円	円	
子どものインフルエンザ	1歳～高校3年生相当	全額円	円	H24.10.1
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)	国の規定に準ずる	4,000 円	残額 円	H26.10.1
高齢者用肺炎球菌(任意)	75 歳以上、定期対象外者	4,000 円	残額 円	H24.4.1

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( **保健福祉センター** )電話( **0536-62-0901** )FAX( **0536-62-0902** )  
 メールアドレス( **hoken@town.shitara.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。

<b>1回 H25.4.1 開始</b>
----------------------

(2)妊婦・産婦への妊産婦歯科健診の実施状況をご記入ください。

( )妊婦の期間に実施 ( )産婦の期間に実施 (  )妊婦～産婦の期間に実施

実施方法(助成回数、集団方式・個別方式、他の健診と同時など)

( **妊娠期 1回 出産後 1回(産後 1年)** )

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

※2019年9月以降の提出分をご記入ください。

	意見書の種類	提出年月日
国	1 75 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	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	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	年 月 日
	④介護保険制度の改善を求める意見書	年 月 日
	⑤子どもの医療費無料制度創設を求める意見書	年 月 日
	⑥障害児・者の「暮らしの場」の整備を求める意見書	年 月 日
県	①福祉医療制度を守り、拡充を求める意見書	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	年 月 日

\* 2019年9月以降に【2】に関する国または県に提出した意見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。