

## 2021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(高齢者支援課) 電話(0561-38-3111) FAX(0561-38-7932)**

**メールアドレス(tgo-kourei@town.aichi-togo.lg.jp)**

(1) 第8期介護保険事業計画の保険料(第1号被保険者)を決めるに際し、取り崩した前期の介護給付費準備基金の状況についてご記入ください。

|                             |                          |                                  |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 2020年度末の準備基金残高<br>(見込み) (A) | 第8期保険料策定にあてて取り崩した準備基金(B) | 取り崩し割合 $(B) / (A)$<br>(小数点第1位まで) |
| 73, 202, 535円               | 63, 202, 535円            | 86. 3%                           |

(2) 介護保険料の独自減免制度 → 2021年4月以降の変更は ( )ある (○)ない  
※2021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。(2021年4月1日現在)

・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。 ( )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       | 2019年度 | 2020年度 |
|------------|--------|--------|
| 保険料減免件数    | 件      | 件      |
| 保険料減免の金額実績 | 円      | 円      |

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、2021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)

- ・第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、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こと。
- ・第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、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こと。
- ・第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。

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       | 2019年度 | 2020年度 |
|------------|--------|--------|
| 保険料減免件数    | 0件     | 0件     |
| 保険料減免の金額実績 | 0円     | 0円     |

4) コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。

| 質問項目       | 2020年2月~3月 | 2020年度    |
|------------|------------|-----------|
| 保険料減免件数    | 22件        | 24件       |
| 保険料減免の金額実績 | 136, 500円  | 942, 100円 |

(3) 保険料滞納の状況と処分件数について

| 質問項目    |            | 2019年度 | 2020年度 |
|---------|------------|--------|--------|
| 保険料滞納者数 | 保険料滞納者実人数  | 122人   | 93人    |
|         | 保険料滞納者延べ件数 | 877件   | 703件   |

|         |               |    |    |
|---------|---------------|----|----|
| 保険給付の制限 | 償還払い人数        | 0人 | 0人 |
|         | 保険給付の一時差し止め人数 | 0人 | 0人 |
|         | 3割負担人数        | 0人 | 0人 |
| 財産差押え   | 差押え実人数        | 0人 | 3人 |
|         | 差押え件数合計       | 0件 | 3件 |

(4) 介護保険利用料の独自減免制度 → 2021年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

※2021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 → 実施年月( )年( )月 (○)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。(2021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。

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       | 2019年度 | 2020年度 |
|------------|--------|--------|
| 利用料減免件数    | 件      | 件      |
| 利用料減免の金額実績 | 円      | 円      |

(5) 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。( 46 )人(令和3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( 8 )人 待機者数( 2 )人 (令和3年8月現在)

( )把握していない

(6) 施設サービス基盤整備

①特別養護老人ホーム等の整備状況について

※( )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      |            |          |            | 第8期      |            |
|----------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
|                | 計画       |            | 実績       |            | 計画       |            |
|                | 施設数      | 定員         | 施設数      | 定員         | 施設数      | 定員         |
| 特別養護老人ホーム      | 4<br>(0) | 241<br>(0) | 4<br>(0) | 241<br>(0) | 4<br>(0) | 241<br>(0) |
| 介護老人保健施設       | 1<br>(0) | 105<br>(0) | 1<br>(0) | 105<br>(0) | 1<br>(0) | 105<br>(0) |
| 認知症グループホーム     | 2<br>(0) | 16<br>(0)  | 2<br>(0) | 16<br>(0)  | 2<br>(0) | 16<br>(0)  |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | 1<br>(0) | 50<br>(0)  | 1<br>(0) | 50<br>(0)  | 1<br>(0) | 50<br>(0)  |

②サービス付き高齢者住宅等の設置状況について(2021年3月末現在)

|             | 施設数 | 定員  | 入居者数 |
|-------------|-----|-----|------|
| サービス付き高齢者住宅 | 0   | 0   | 0    |
| 住宅型有料老人ホーム  | 8   | 296 | 283  |

(7) 介護施設の夜勤形態について

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(12時間以上の長時間)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 | 4     | 4                 | 0     | 0          | 0   |

|          |   |   |   |   |   |
|----------|---|---|---|---|---|
| 介護老人保健施設 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| グループホーム  | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 小規模多機能   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護小規模多機能 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 短期入所     | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 |

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人になる場合も含まれます。)

|           |                   |       |            |     |
|-----------|-------------------|-------|------------|-----|
|           | 2交替(12時間以上の長時間)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 | 3                 | 0     | 0          | 0   |
| 介護老人保健施設  | 0                 | 0     | 0          | 0   |
| グループホーム   | 2                 | 0     | 0          | 0   |
| 小規模多機能    | 0                 | 0     | 0          | 0   |
| 看護小規模多機能  | 1                 | 0     | 0          | 0   |
| 短期入所      | 3                 | 0     | 0          | 0   |

(8) 総合事業

①総合事業の対象者数をお答えください。( 576 )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、利用者数は月平均(2021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   |        |
|------------------|-------|-------|--------|--------|
|                  | 2020年 | 2021年 | 2020年度 | 2021年度 |
| 現行の訪問介護相当の訪問介護   | 17    | 18    | 51     | 43     |
| 生活支援型訪問A(緩和した基準) | 4     | 5     | 43     | 46     |
| 現行の通所介護相当の通所介護   | 28    | 32    | 95     | 104    |
| 通所型サービスA(緩和した基準) | 9     | 9     | 80     | 79     |
| 通所型サービスC(短期集中予防) | 2     | 2     | 2      | 3      |

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:( 自立支援リハビリサービス )

2)制限期間の数字をご記入ください。

・(12~24)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

(9) 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)

| 質問項目     | 実施予定なし | 検討中 | 実施している | 実施年月日     | 2020年度実績 |
|----------|--------|-----|--------|-----------|----------|
| 住宅改修     |        |     | ○      | 平成22年2月1日 | 121件     |
| 福祉用具     |        |     | ○      | 平成22年2月1日 | 79件      |
| 高額介護サービス | ○      |     |        |           | 件        |

(10) 介護保険事業計画策定委員会

①計画策定委員会の公開 (○)公開している ( )公開していない

②計画策定委員会の公募枠

第8期計画策定委員会(実績) (○)ない ( )ある → ( )人

第9期計画策定委員会(予定) (○)ない ( )ある → ( )人 ( )未定

(11) 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…民生委員、地域サポーター、新聞店や郵便局等の見守 |

|        |   |   |
|--------|---|---|
|        |   | り協定   |
| 日常生活支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | ( )自治体 ( <input checked="" type="checkbox"/> )新総合事業 ( )その他事業<br>担い手 |
| 買い物支援  | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 | ( )自治体 ( <input checked="" type="checkbox"/> )新総合事業 ( )その他事業<br>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。

**未来プロジェクト課 高齢者支援課 福祉課**

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   | ( <input checked="" type="checkbox"/> )実施している ( )していない ( )検討中  |             |
|                       | 地域巡回バスの名称   | じゅんかい君   |             |
|                       | 利用料   | 高齢者( 65 歳以上 )( 無料 )円、障害者( 無料 )円<br>一般( 100 )円、子ども( 0 歳～ 中学生 )( 無料 )円   |             |
|                       | その他特記事項   | 障害者の付添人1名まで利用料無料   |             |
|                       | 2020年度の運行実績   | 143, 738人  |             |
| タクシー代助成               | 実施の有無   | ( <input checked="" type="checkbox"/> )実施している ( )していない ( )検討中  |             |
|                       | 各対象者の要件及び助成内容   |  |             |
|                       | 対象者   | 助成要件   | 2020年度の助成実績 |
|                       | 高齢者   | 75歳以上のひとり暮らしの方又は75歳以上のみの世帯の方のうち、自家用車などの交通手段がなく、隣地等に自家用車を持つ親族がいない方で市町村民税非課税世帯に属する方を対象に、タクシー料金助成利用券(1枚200円利用制限なし)を年間60枚まで交付。 | ( 220 )人    |
|                       | 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   | ( 475 )人    |
| 要介護認定者                |   | ( )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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )していない ( )検討中<br>内容 |  |             |

③高齢者向けの健康体操・脳トレ健康体操などの事業主体とその内容についてご記入ください。

| 事業名                 | 事業主体                      | 事業内容   | 補助金の有無と金額  |
|---------------------|---------------------------|--|--|
| 東郷町高齢者思い出の語り場作り支援事業 | 地域団体、ボランティア団体及び特定非営利活動法人等 | 高齢者の孤独感の解消及び引きこもりの防止を図ることによって高齢者の生活を健康でいきいきとしたものに向きさせることを目的に、月1回以上実施する活動に対し助成金を交付する。<br>活動において、参加者名簿の提出、毎回の活動に10分以上の運動を取り入れる、年1回活動の効果測定(体力測定等)を実施する団体が対象となる。 | 会場使用料:実費相当(上限1回5,000円)、傷害保険料(上限年30,000円)、運営費:実費相当(上限年10,000円)、立上げ支援費:実費相当(上限年30,000円、立上げ初年度のみ、運営費との併用不可) |
|                     |                           |  |  |

④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                                   |
|---------------------|---------------------------|--|---|
| 東郷町高齢者思い出の語り場作り支援事業 | 地域団体、ボランティア団体及び特定非営利活動法人等 | 高齢者の孤独感の解消及び引きこもりの防止を図ることによって高齢者の生活を健康でいきいきとしたものに向きさせることを目的に、月1回以上実施する活動に対し助成金を交付する。 | 会場使用料:実費相当(上限月 5,000 円)、傷害保険料(上限年 30,000 円) |

⑤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 | 2020年度助成実績<br>(人数・金額) |
|-----|-----|-----|-----------------------|
|     |     |     | 人<br>円                |

(12)介護認定者の障害者控除の認定について

- ①認定書の発行枚数実績は → 2019年度( 1,520 )枚、2020年度( 1,545 )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 → 2019年度( )件、2020年度( )件  
認定書を送付している → 2019年度( 1,520 )件、2020年度( 1,545 )件  
自動的に送付していない
- ③認定書の発行の要件(複数回答可)  
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( 保険医療課 )電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7932)  
メールアドレス(tgo-hoken@town.aichi-togo.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       | 2020年度   | 2021年度                             |
|---|-----|----------|--|------------------------------------|
| 保険料・税率                                      | 所得割 | 旧但し書き額   | × (7.82)%  | × (8.04)%                          |
|   | 資産割 | 固定資産税額   | × (0)%   | × (0)%                             |
|   | 均等割 | 加入者1人につき | 33,400円  | 33,800円                            |
|   | 平等割 | 1世帯につき   | 29,100円  | 27,900円                            |
| 1人当たり調定額(平均保険料)※予算額                         |     |          | 103,348円   | 106,805円                           |
| 一般会計からの1人当たり法定外繰入額<br>※2020年は予算・決算、2021年は予算 |     |          | 予算 12,362 円<br>(93,040千円÷<br>7,526人)<br>決算 12,300 円<br>(93,040千円÷<br>7,564人) | 予算 7,748円<br>(57,365千円÷<br>7,403人) |

(2)保険料(税)の市町村独自の減免制度 → 2021年4月以降の変更は ( )ある (○)ない  
 ※2021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       | 2019年度 | 2020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(コロナ関係の減免は除く)

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、2021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)

被保険者が長期療養(6月以上)を要する者のうち、前年中の世帯の合計所得が2分の1以下になると見込まれる者で、前年中の世帯の合計所得額が500万円未満の者。  
失業又は休廃業により当該年中の世帯の合計所得の見込額が、前年中の世帯の合計所得額の2分の1以下になると見込まれる者で、前年中の世帯の合計所得額が300万円以下の者。

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       | 2019年度   | 2020年度   |
|------------|----------|----------|
| 保険料減免件数    | 6件       | 10件      |
| 保険料減免の金額実績 | 273,700円 | 415,200円 |

③コロナ関係の収入減少を理由にした保険料(税)減免制度

1) 減免基準(2021年度)

(○)国基準と同じ ( )国基準を拡大→拡大内容( )

2) コロナ関係の減免の適用実績をご記入ください。

| 質問項目       | 2020年2月～3月 | 2020年度     |
|------------|------------|------------|
| 保険料減免件数    | 44件        | 55件        |
| 保険料減免の金額実績 | 1,531,600円 | 8,524,200円 |

④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、2021年4月1日現在の内容をご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

3) ある場合、その実績をご記入ください。

| 質問項目       | 2019年度 | 2020年度 |
|------------|--------|--------|
| 保険料減免件数    | 件      | 件      |
| 保険料減免の金額実績 | 円      | 円      |

(3) コロナ関係の傷病手当金の適用実績

| 質問項目 | 2019年度 | 2020年度  |
|------|--------|---------|
| 申請件数 | 0件     | 1件      |
| 決定件数 | 0件     | 1件      |
| 金額実績 | 0円     | 12,374円 |

(4) 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       | 2020年6月1日 | 2021年6月1日 |
|------------|-----------|-----------|
| 被保険者数      | 7,621     | 7,500     |
| 世帯数        | 4,717     | 4,701     |
| 滞納世帯数      | 380       | 360       |
| 資格証明書交付世帯数 | 0         | 0         |
| 短期保険証交付世帯数 | 48        | 35        |

|                |   |    |
|----------------|---|----|
| 留め置き世帯数(※1)    | 0 | 15 |
| 未交付・未更新世帯数(※2) | 8 | 9  |

※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」

(5) 資格証明書 ※2021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。

(6) 短期保険証 ※2021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( 10 )人 ・2カ月( 17 )人 ・3カ月( 18 )人 ・4カ月( 0 )人  
 ・5カ月( 0 )人 ・6カ月( 13 )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。

前年度の国民健康保険税に滞納がある者等。

(7) 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。

督促状・催告書の通知に対して納付又は納税相談もなく、差押え可能な資産を有している者及び分納不履行者。

② 以下の件数をご記入ください。

| 質問項目     |         | 2019年度      | 2020年度 |    |
|----------|---------|-------------|--------|----|
| 予告通知書の発行 |         | 238         | 219    |    |
| 差押え      | 差押え世帯数  |             |        |    |
|          | 差押え件数合計 | 60          | 52     |    |
|          | 件数内訳    | 不動産         | 0      | 0  |
|          |         | 預貯金         | 43     | 43 |
|          |         | 生命保険(内学資保険) | 3      | 1  |
| その他      |         | 14          | 8      |    |
| 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    | 13          | 20     |    |
|          | 件数内     | 無資力         | 4      | 13 |
|          |         | 生活保護        | 9      | 6  |
|          |         | 生活困窮        |        |    |

|  |   |      |   |   |
|--|---|------|---|---|
|  | 訳 | 所在不明 | 0 | 0 |
|  |   | その他  | 0 | 0 |

(8) 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

※2021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         | 2019年度 | 2020年度 |
|--------------|--------|--------|
| 一部負担金の相談件数   | 0件     | 0件     |
| 一部負担金の申請件数   | 0件     | 0件     |
| 一部負担金減免の延べ件数 | 0件     | 0件     |
| 一部負担金減免の金額実績 | 0円     | 0円     |

(9) 高額療養費の支給申請手続きの簡素化

① 70～74歳 (○) 簡素化済み ( ) 年 月 受診分から実施 ( ) 検討中 ( ) 予定ない

② 70歳未満 ( ) 簡素化済み ( ) 年 月 受診分から実施 (○) 検討中 ( ) 予定ない

(10) 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( 収納課 )電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7933)  
メールアドレス( tgo-syuno@town.aichi-togo.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    |          | 2019年度 | 2020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     | 2      | 2      |    |
| 滞納処分の停止 | 適用件数     | 33     | 57     |    |
|         | 件数<br>内訳 | 無資力    | 16     | 43 |
|         |          | 生活保護   | 8      | 7  |
|         |          | 生活困窮   | 5      | 1  |
| 訳       | 所在不明     | 4      | 6      |    |

4. 生活保護 担当課( 福祉課 )電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7932)  
メールアドレス( tgo-fukushi@town.aichi-togo.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)が2021年4月以降に改正された場合は、新しいパンフレット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

| 質問項目       | 2019年度 | 2020年度 |
|------------|--------|--------|
| 相談件数       | 55件    | 78件    |
| 申請件数       | 17件    | 20件    |
| そのうち保護開始件数 | 15件    | 20件    |

(2) 受給世帯数と人数

| 質問項目      | 2020年4月分 | 2021年4月分 |
|-----------|----------|----------|
| 受給世帯数     | 79世帯     | 84世帯     |
| うち、外国人世帯数 | 4世帯      | 5世帯      |
| 受給人数      | 104人     | 106人     |
| うち、外国人人数  | 5人       | 6人       |



## (3) 扶養照会について

| 質問項目                   | 2019年度 | 2020年度 |
|------------------------|--------|--------|
| 扶養照会した世帯数              | 59世帯   | 61世帯   |
| そのうち、援助が受けられるようになった世帯数 | 0世帯    | 0世帯    |

## (4) 世帯類型別被保護実世帯数(2021年4月分)

|     | 合計   | 高齢世帯 | 母子世帯 | 傷病世帯 | 障害世帯 | その他 |
|-----|------|------|------|------|------|-----|
| 世帯数 | 87   | 46   | 0    | 9    | 23   | 9   |
| 構成比 | 100% | 52%  | 0%   | 11%  | 26%  | 11% |

## (5) 車の保有(2020年度)

|              |     |
|--------------|-----|
| 2020年度 保有世帯数 | 0世帯 |
|--------------|-----|

## 【保有理由の内訳】

|                        |    |
|------------------------|----|
| 障害者の通勤・通院等             | 世帯 |
| 公共交通機関の利用が困難な地域の居住者の通勤 | 世帯 |
| 公共交通機関の利用が困難な地域の勤務先に通勤 | 世帯 |
| 深夜勤務等の業務従事者の通勤         | 世帯 |
| その他( )                 | 世帯 |

## (6) エアコン設置状況

|      | 2018年度  | 2019年度 | 2020年度 |
|------|---------|--------|--------|
| 申請件数 | 1件      | 0件     | 0件     |
| 給付件数 | 1件      | 0件     | 0件     |
| 給付金額 | 57,024円 | 0円     | 0円     |

※以下は市のみお答えください

## (7) 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 |
| 2020年4月現在 | 人            | 年 月         | 人      | 世帯            | 人  |
| 2021年4月現在 | 人            | 年 月         | 人      | 世帯            | 人  |

## 5. 福祉医療など 担当課(保険医療課)電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7932)

メールアドレス([tgo-hoken@town.aichi-togo.lg.jp](mailto:tgo-hoken@town.aichi-togo.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、2020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 | ○    |      |        |
| 妊産婦医療費助成制度     | ○    |      |        |

## (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)令和4年4月1日

(改定内容)成人年齢引き下げに伴い、成人、社会人まで対象を拡大予定。

6. 子育て支援策 担当課( 子育て応援課・学校教育課・給食センター・こども保育課 )

電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7932)メールアドレス( )

(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  
2020年度実績 ( )件 給付額( )円  
2021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  
2020年度実績 ( )件 給付額( )円  
2021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  
2020年度実績 ( )カ所( )人 実施時期( )  
2021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  
2020年度実績 ( )カ所( )人、2021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  
2020年度実績 ( )カ所( )人、2021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。

①就学援助受給者数・予算額をご記入ください。

|      | 2020年度      | 2021年度      |
|------|-------------|-------------|
| 受給者数 | 214人        | 235人        |
| 受給割合 | 5.0%        | 5.5%        |
| 支給額  | 14,603,529円 | 23,425,000円 |

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。  
※2021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( 1.3 )倍・金額( )円

③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

④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)  
( )めがね・コンタクトレンズ (○)卒業記念品 (○)オンライン学習通信費  
( )その他( )

⑤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 (就学援助家庭への減免は除きます)

- ①学校給食費に市町村独自の補助・減免を行っていますか。(例:半額補助、第2子以降無料など)  
( )徴収していない (○)補助・減免を行っている ( )検討中 ( )行っていない

※徴収していない、または補助・減免を行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

給食費については、令和元年10月から20円値上げしていますが、値上げ分の20円を町費で

負担しています。  
また、令和2年度から小中学校の給食費定額制を導入しており、実食数計算の給食費と定額制の差額分を公費で賄っています。

- 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。  
 徴収していない  補助・減免を行っている  検討中  行っていない  
 ※徴収していない、または補助・減免を行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

新制度に移行していない幼稚園に通う年収360万円未満世帯及び第三子以降の子どもにかかる副食費について補助しています。

(4) 保育について

① 保育施設の数について (2021年4月1日現在)

| 保育施設の種類                            |                | 施設数 |
|------------------------------------|----------------|-----|
| 認可保育所<br>※保育所型認定こども園・<br>へき地保育所を含む | 公立             | 5   |
|                                    | 私立             | 5   |
| 認定こども園                             | 幼保連携型          |     |
|                                    | 幼稚園型           |     |
|                                    | 保育所型(認可保育所と重複) | 1   |
|                                    | 地方裁量型          |     |
| 地域型保育事業                            | 家庭的保育事業        |     |
|                                    | 小規模保育事業A型      | 3   |
|                                    | 小規模保育事業B型      | 1   |
|                                    | 小規模保育事業C型      |     |
|                                    | 事業所内保育所事業      |     |
|                                    | 居宅訪問型保育事業      |     |
| 認可外保育施設                            | 全体数            | 3   |
|                                    | 指導監督基準を満たさない施設 |     |
|                                    | 企業主導型保育事業      |     |

- ② 公立保育施設等の統廃合・民営化・民間委託等の計画がありますか。

※2020年8月以降の新たな計画についてご記入ください。

ある  ない  検討中

1) ある場合、その計画等の名称と公表時期 (複数ある場合はすべて記載をお願いします。)

( 保育所等長寿命化計画 ) (R1年 10月) 公表

( ) ( 年 月) 公表

2) ある場合、その計画等は自治体のホームページに掲載していますか。

している  していない → していない場合、内容のわかるものを添付してください。

3) 検討中の場合、具体的な内容をご記入ください。

- ③ 認可外保育施設(企業主導型保育事業を除く)の实地調査・監査等を行っていますか。

独自で実施している  県の实地調査に同行している  行っていない

※行っている場合、指導監督基準を満たしていない施設の主な理由をご記入ください。

- ④ 企業主導型保育事業について市町村独自で実態を把握していますか。

している  していない

※している場合、具体的な方法をご記入ください。

- ⑤保育施設の人件費について、公私間の格差是正を行っていますか。  
 公立、民間で同じ賃金表を用いている  一部行っている  まったく行っていない  
 ※行っている場合は、具体的な内容をご記入ください。

保育士の配置基準は、1歳児クラスについて国の定める基準を上回る基準で配置しており、私立にもその配置について補助金を交付し、公私で同等としています。また、私立に対しては、教育・保育給付費の処遇改善加算により、技能・経験に応じた処遇とするよう支援しています。

- ⑥3歳未満児の利用者負担額(保育料)について市町村独自の減免を行っていますか。  
 徴収していない  減免を行っている  行っていない  
 ※減免を行っている場合は、以下の表(細分化している場合は全階層)をご記入ください。

| 国の基準 |                   |                | 自治体の基準     |                |         |
|------|-------------------|----------------|------------|----------------|---------|
| 階層   |                   | 基準月額<br>(標準時間) | 階層         | 基準月額<br>(標準時間) |         |
| ①    | 生活保護世帯等           | 0円             | 生活保護世帯等    | 0円             |         |
| ②    | 非課税世帯             | 0円             | 非課税世帯      | 0円             |         |
| ③    | 市町村<br>所得割<br>課税額 | 48,600円未満      | 市町村民税均等割のみ | 7,000円         |         |
|      |                   |                | 61,800円未満  | 13,000円        |         |
| ④    |                   | 97,000円未満      | 97,000円未満  | 19,000円        |         |
|      |                   |                | 105,600円未満 | 21,000円        |         |
|      |                   |                | 126,000円未満 | 30,000円        |         |
|      |                   |                | 146,400円未満 | 34,000円        |         |
|      |                   |                | 157,700円未満 | 42,000円        |         |
| ⑤    |                   | 169,000円未満     | 44,500円    | 169,000円未満     | 44,000円 |
|      |                   |                |            | 177,600円未満     | 46,000円 |
|      |                   |                |            | 272,100円未満     | 49,000円 |
| ⑥    | 301,000円未満        | 61,000円        | 301,000円未満 | 52,000円        |         |
|      |                   |                | 322,800円未満 | 54,000円        |         |
| ⑦    | 397,000円未満        | 80,000円        | 397,000円未満 | 58,000円        |         |
| ⑧    | 397,000円以上        | 104,000円       | 397,000円以上 | 59,000円        |         |

7. 障害者施策 担当課( 福祉課 )電話(0561-38-3111)FAX(0561-38-7932)  
 メールアドレス([tgo-fukushi@town.aichi-togo.lg.jp](mailto:tgo-fukushi@town.aichi-togo.lg.jp))

(1)入所施設(2021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。
- ・待機者数の対前年同月比( — )%
- ・( — )入所待機者数は把握していない

(2)グループホーム(2021年7月時点)

①グループホーム設置数( 3 )カ所 対前年比( 75 )%

②共同生活援助支給決定数 人 対前年比( )% 確認中

③障害者グループホームの体制について

- 1)夜勤体制をとっているところ GH ( 3 )カ所
- 2)宿直体制をとっているところ GH ( 2 )カ所
- 3)夜間通報体制をとっているところ ( 3 )カ所
- 4)夜勤体制を複数でおこなっているところ ( 0 )カ所

④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。

- ( )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(2021年7月時点) **確認中**

| 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   |         |          |             |             |
| 重度訪問介護 |         |          |             |             |

地域生活支援事業

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 移動支援 |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|

※最多支給時間は2021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 2021年7月時点 **確認中**

- ・短期入所支給者数( )人、昨年同月比( )%、最多支給日数( )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

| 2020年度支給者総数 | 2021年度支給予定者総数 | 前年度比(小数点1位まで) |
|-------------|---------------|---------------|
| 1人          | 1人            | 100%          |

8. 任意予防接種の助成 担当課( **健康推進課** ) 電話(0561-37-5813) FAX(0561-37-5823)  
メールアドレス([tgo-kenko@town.aichi-togo.jp](mailto:tgo-kenko@town.aichi-togo.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      |     | 0円      | 円        |             |
| 带状疱疹        |     | 0円      | 円        |             |
| 子どものインフルエンザ |     | 0円      | 円        |             |
| 麻しん(接種漏れの人) |     | 0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歳から5歳刻みの年齢の方 | 円       | 2,500円   | 平成26年度           |
| 高齢者用肺炎球菌(任意) | 65歳から5歳刻みの年齢の方 | 円       | 2,500円   | 平成24年度<br>平成25年度 |

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 → ( )1回目を助成していない人が対象 ( )1回目を助成した人も対象  
 (○)実施していない ( )検討中

9. 健診事業 担当課( **健康推進課** )電話(0561-37-5813)FAX(0561-37-5823)

メールアドレス([tgo-kenko@town.aichi-togo.jp](mailto:tgo-kenko@town.aichi-togo.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。

1回 平成29年度

【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。

※2020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 | ①75歳以上の2割負担をはじめ患者負担増の計画中止を求める意見書  | 保険医療課                                 | — |
|   | ②国民健康保険の国庫負担引き上げ等を求める意見書          | 保険医療課                                 | — |
|   | 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         | 保険医療課                                 | — |
|   | ④介護保険制度の改善を求める意見書                 | 高齢者支援課                                | — |
|   | ⑤子どもの医療費無料制度創設を求める意見書             | 保険医療課                                 | — |
|   | ⑥障害児・者の「暮らしの場」の整備を求める意見書          | 福祉課                                   | — |
|   | ⑦コロナ感染症に係る医療・介護・福祉・保育等への支援を求める意見書 | 健康推進課<br>高齢者支援課<br>福祉課<br>こども保育課<br>等 | — |
| 県 | ①福祉医療制度を守り、拡充を求める意見書              | 保険医療課                                 | — |
|   | ②国民健康保険への支援を求める意見書                | 保険医療課                                 | — |
|   | ③コロナ感染症に係る医療・介護・福祉等への支援を求める意見書    | 健康推進課<br>高齢者支援課<br>福祉課<br>等           | — |

※2020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。