

貴自治体名

懇談日時 10月 24日(木) 午前・午後 13時 00分～ 14時 00分

懇談会場 会議室3 ※会場が確定している場合はご記入ください。

## 2024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】自治体DX推進 担当課(デジタル化推進室)電話(0568-28-0939)FAX(0568-29-1177)  
メールアドレス(densan@town.toyoyama.lg.jp)

(1)自治体DX推進・業務のデジタル化の目的

※当てはまるすべてを選択してください。

- 住民サービスの向上 職員の業務負担軽減 ( )職員削減 経費削減  
国が推進する自治体DXへの対応 ( )その他( )

(2)情報システムの標準化にあたって国がシステム移行の完了期限を2025年度としているもとの見通し

- 期限までに移行できる ( )期限までの移行は困難である ( )わからない

※期限までの移行が困難またはわからない場合、その理由をご記入ください。

(3)情報システムの標準化にあたっての自治体独自施策についての考え方

- 独自施策はこれまでどおり実施する ( )施策の見直し・廃止を検討している  
( )その他( )

※施策の見直し・廃止を検討している場合、その理由、対象となる施策、見直し内容等を具体的にご記入ください。

(理由)
(見直し・廃止の対象となる具体的な施策と見直しの内容)

(4)デジタルデバインド(情報格差)への対策

※特に、住民を対象とする保健医療・福祉分野等の手続き等について想定しています。

※該当する箇所に○をご記入ください。

	実施	検討中	予定なし
従来の紙による窓口での申請を受け付ける	<input checked="" type="checkbox"/>		
窓口での問合せ・相談を受け付ける	<input checked="" type="checkbox"/>		
電話による問合せ・相談を受け付ける	<input checked="" type="checkbox"/>		
手続きのフォローのための窓口への人員配置		<input checked="" type="checkbox"/>	
通信機器による情報入手・利用できない住民への紙による広報	<input checked="" type="checkbox"/>		
スマートフォン講座・相談会等の開催	<input checked="" type="checkbox"/>		
高齢者デジタルサポーターの養成			<input checked="" type="checkbox"/>
その他( )			

【2】1. 介護保険・高齢者福祉 担当課( 福祉課、保険課 )電話( )FAX( )  
 メールアドレス( )

(1) 次年度繰越金・準備基金保有額

質問項目	2021年度末	2022年度末	2023年度末
第1号被保険者数 (A)	3,529人	3,510人	3,521人
次年度決算繰越金 (B)	6,671,970円	6,779,812円	24,031,989円
1人当たり繰越金 (B) / (A)	1,891円	1,932円	6,825円
年度末準備基金保有額 (C)	121,997,000円	89,906,000円	33,334,000円
1人当たり保有額 (C) / (A)	34,570円	25,614円	9,467円
繰越金+基金保有額(D)	128,668,970円	96,685,812円	57,365,989円
1人当たり「繰越金+基金保有額」 (D) / (A)	36,460円	27,546円	16,292円

(2) 介護保険料の独自減免制度 → 2023年4月以降の変更は ( )ある (○)ない【保険課】

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。(2024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	2022年度	2023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。(コロナ特例減免は除く)  
 (○)ある ( )ない
- 2) ある場合、2024年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

主たる生計維持者の前年中の合計所得金額が 200 万円以下で、その者の当該年中の合計所得金額の見込額が前年中の合計所得金額に比し、2分の1以下に減少すると認められるとき。  
 (1) 当該年中合計所得見込額が 50 万円以下: 保険料の 50/100 に相当する額  
 (2) 当該年中合計所得見込額が 50 万円を超え 100 万円以下: 保険料の 30/100 に相当する額

3) ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

質問項目	2022年度	2023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

(3) 保険料滞納の状況と処分件数について【保険課】

質問項目		2022年度	2023年度
保険料滞納者数	保険料滞納者実人数	126	93
	保険料滞納者延べ件数	999	783
保険給付の制限	償還払い人数	0	0
	保険給付の一時差し止め人数	0	0
	3割負担人数	0	0
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 → 2023年4月以降の変更は ( )ある (  )ない【保険課】

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。(2024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。

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	2022年度	2023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。【保険課】

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。(  )人(  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( )人 待機者数(  )人 (  現在)

( )把握していない

③特別養護老人ホームの入所者の申し込みにあたって貴自治体の対応(該当に○印を)

( )自治体の窓口でも相談・受け付け業務を行っている

(  )行政区内の施設から情報を定期的に得ている

( )当該施設に任せており、対応はしていない

(6) 施設サービス基盤整備【保険課】

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9期(～2026年度)		第8期(2021年度～2023年度)			
	計画		計画		実績	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
特別養護老人ホーム	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )
介護老人保健施設	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="0"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )
認知症グループホーム	<input checked="" type="text" value="1"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="9"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="1"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="9"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="1"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="9"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="text" value="2"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="72"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="2"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="72"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="2"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )	<input checked="" type="text" value="72"/> ( <input checked="" type="text" value="0"/> )

②サービス付き高齢者住宅等の設置状況について(2024年3月末現在)

	施設数	定員
サービス付き高齢者住宅	<input checked="" type="text" value="0"/>	<input checked="" type="text" value="0"/>
住宅型有料老人ホーム	<input checked="" type="text" value="2"/>	<input checked="" type="text" value="43"/>

(7) 介護施設の夜勤形態【保険課】

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	<input checked="" type="text" value="0"/>				
介護老人保健施設	<input checked="" type="text" value="0"/>				

グループホーム	1	1		
小規模多機能	0			
看護小規模多機能	0			
短期入所	0			

②上記施設の内、夜勤配置人員が1人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フロアー・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				
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				

(8) 総合事業【保険課】

①総合事業の「事業対象者数」をお答えください。( 36 )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(2024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	
	2023年	2024年	2023年	2024年
現行の訪問介護相当の訪問介護	5	4	32	32
生活支援型訪問A(緩和した基準)	1	1	0	0
現行の通所介護相当の通所介護	13	14	54	53
通所型サービスA(緩和した基準)	0	0	0	0
通所型サービスC(短期集中予防)	1	1	9	8

(9) 次期(第10期)介護保険事業計画策定委員会 【保険課】

①計画策定委員会の公開 (  )公開する ( )公開しない ( )未定

②計画策定委員の公募枠 (  )ある → 公募枠( 1 )人 ( )ない ( )未定

(10) 高齢者福祉施策 【福祉課・保険課】

①加齢性難聴者への補聴器助成を実施する予定はありますか？すでに実施済みの場合、事業名、対象者、助成額、助成実績をご記入ください。

( )予定がある ( )年 月から ( )検討中 ( )予定がない  
( )実施中

事業名	対象者	助成額	2023年度助成実績 (人数・金額)
			人 円

②加齢性難聴の検診制度がありますか？ある場合は、実施内容をご記入ください。

( )ある ( )ない

③高齢者や障害者への外出支援施策について、該当項目に○印を付してください。

1) 地域巡回バス (  )ある ( )ない ( )検討中

2) タクシー代助成 (  )ある ( )ない ( )検討中

3) その他の移動支援がありますか？ある場合または検討中の場合は、実施内容をご記入ください。

(  )ある ( )ない ( )検討中

自家用自動車の自動車燃料費の一部を助成

(11) 認知症関係 【保険課】

- ①「市町村認知症施策推進計画」の作成予定は  
( ) 年 月に作成予定 (  ) 作成予定は未定
- ②認知症の人が事故を起こした時に備える「賠償補償制度」は  
(  ) 実施している → 保険料の補助は (  ) 全額補助 ( ) 一部補助 ( ) 補助なし  
( ) 実施していない
- ③認知症の無料検診事業(物忘れ検診など)を実施していますか。  
( ) 実施している → 自己負担は ( ) 無料 ( ) 有料 (自己負担額 円)  
(  ) 実施していない

(12) 65歳以上高齢者の障害者控除の認定について 【保険課】

→2022年4月以降、対象者・要件の変更は ( ) あり (  ) なし

- ①認定書の発行枚数実績は → 2022年度( **404** )枚、2023年度( **416** )枚
- ②障害者控除の対象者に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 → 2022年度( )件、2023年度( )件  
(  ) 認定書を送付している → 2022年度( **398** )件、2023年度( **414** )件  
( ) 自動的に送付していない
- ③65歳以上高齢者の認定書の発行要件(複数回答可)  
( ) 要支援2以上は基本的に該当する  
(  ) 要介護1以上は基本的に該当する  
( ) 障害高齢者自立度( ) 以上は基本的に該当する → 要介護要件 ( ) あり ( ) なし  
※要介護要件がある場合は、( ) 以上  
( ) 認知症高齢者自立度( ) 以上は基本的に該当する → 要介護要件 ( ) あり ( ) なし  
※要介護要件がある場合は、( ) 以上  
( ) その他、次のような基準で判断している( )

**2. 国民健康保険 担当課( 保険課 ) 電話( 0568-28-0917 ) FAX( 0568-28-2870 )  
メールアドレス( [kokuho@town.toyoyama.lg.jp](mailto:kokuho@town.toyoyama.lg.jp) )**

(1) 国保保険料(税)等について

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)と法定外繰入について

	区分	定義	2023年	2024年度
保険料・税率	所得割	旧但し書き額	× (8.60)	× (8.60)%
	資産割	固定資産税額	× ( 0 )%	× ( 0 )%
	均等割	加入者1人につき	34,300円	34,300円
	平等割	1世帯につき	33,400円	33,400円
1人当たり調定額(平均保険料)※予算額			108,035円	113,054円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額			予算 11,345円	予算 9,397円
※2023年は予算・決算、2024年は予算			決算 23,020円	

②モデルケース別の国保保険料(税)(医療給付費分と後期高齢者支援金分の合計)について

No.	モデルケース	2023年度	2024年度
1	夫婦(40歳代)・子ども(中学生1・高校生1)の4人世帯、 給与所得200万円(給与収入268万円)〈妻の年収0〉 ※2割軽減世帯	324,600円	324,600円
2	夫婦世帯(70歳代)、年金所得80万円(年金収入190万円) 〈妻年収0〉 ※5割軽減世帯	82,700円	82,700円
3	単身世帯(70歳代)、所得0円 ※7割軽減世帯	20,200円	20,200円

4	単身世帯(70歳代)、年金所得100万円(年金収入210万円) ※軽減なし世帯	116,700円	116,700円
5	単身世帯(20歳代)、給与所得100万円(給与収入155万円) ※軽減なし世帯	116,700円	116,700円

(注)資産割がある自治体の場合、資産税額は0円で算出してください。

③次年度繰越金・基金保有額

質問項目	2021年度末	2022年度末	2023年度末
被保険者数 (A)	3,063人	2,861人	2,653人
次年度決算繰越金 (B)	7,506,318円	18,245,702円	14,970,332円
1人当たり繰越金 (B)／(A)	2,451円	6,377円	5,643円
年度末準備基金保有額 (C)	0円	0円	0円
1人当たり保有額 (C)／(A)	0円	0円	0円
繰越金＋基金保有額(D)	7,506,318円	18,245,702円	14,970,332円
1人当たり「繰越金＋基金保有額」 (D)／(A)	2,451円	6,377円	5,643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 → 2023年4月以降の変更は ( )ある (  )ない

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、その要件と減免内容をご記入ください。

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	2022年度	2023年度
保険料減免件数	1件	1件
保険料減免の金額実績	1円	1円

4)低所得者減免に対する一般会計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(コロナ特例減免は除く)

→ 2023年4月以降の変更は ( )ある (  )ない

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、2024年4月1日現在の内容をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

前年中の総所得金額等が210万円以下で、当該申請の年の総所得金額等の見込み額が前年中の総所得金額等の1/2以下に減じると見込まれる場合で、その額に応じ、次のとおりとする。

(1)60万円以下の場合 所得割額10割

(2)60万円を超え105万円以下の場合 所得割額5割

3)ある場合、その実績をご記入ください。(コロナ特例減免は除く)

質問項目	2022年度	2023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	379,500円

③市町村独自の子どもの均等割などの減免(就学前までの5割減免は除く)

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 ( )検討中 (  )ない

2)ある場合、2024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	2022年度	2023年度
------	--------	--------

保険料減免件数	一件	一件
保険料減免の金額実績	一円	一円

(3) 資格証明書・短期保険証・差押え

① 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	2023年6月1日	2024年6月1日
被保険者数	2,881	2,645
世帯数	1,813	1,717
滞納世帯数	367	247
資格証明書交付世帯数	0	0
短期保険証交付世帯数	121	79
留め置き世帯数(※1)	0	0
未交付・未更新世帯数(※2)	27	0

※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」

② 資格証明書（2024年6月1日現在）→ 2023年4月以降の変更は（ ）ある（  ）ない  
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

交付しない運用としている

③ 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。→ 2023年4月以降の変更は（ ）ある（  ）ない

過年度に滞納があり、納税相談等に応じず納税の意思がみられない滞納者

2) 以下の件数をご記入ください。

質問項目		2022年度	2023年度	
予告通知書の発行		21	23	
差押え	差押え世帯数	25	29	
	差押え件数合計	29	29	
	件数内訳	不動産	0	3
		預貯金	23	15
		生命保険(内学資保険)	1	4
その他		5	7	
競売による現金化		1	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	62	67	
	件数内	無資力	45	51
		生活保護	4	7
		生活困窮	3	1

	訳	所在不明	10	8
		その他	0	0

(4) 一部負担減免制度

- ① 一部負担減免制度がありますか。  
 あり  検討中  ない

② 相談・申請・適用の実績

質問項目	2022年度	2023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

(5) 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(令和2年1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

(6) 国保運営協議会 → 2023年4月以降の変更は  あり  ない

- ① 運営協議会の公開  公開している  公開していない  
 ② 運営協議会議事録のホームページへの掲載  掲載している  掲載していない  
 ③ 運営協議会委員の被保険者枠は  人 そのうち、公募枠は  人

### 3. 生活保護・生活困窮者支援

(1) 生活保護 担当課(  ) 電話(0568-28-0912) FAX(0568-28-2870)  
 メールアドレス(fukushi@town.toyoyama.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 生活保護の相談件数、申請件数とその保護開始件数

質問項目	2022年度	2023年度
相談件数	52件	40件
申請件数	15件	11件
そのうち保護開始件数	14件	9件

② 受給世帯数と人数

質問項目	2023年4月分	2024年4月分
受給世帯数	73世帯	71世帯
うち、外国人世帯数	1世帯	0世帯
受給人数	85人	85人
うち、外国人人数	1人	0人

③ 扶養照会

質問項目	2022年度	2023年度
1) 扶養照会したケース数	44件	52件
2) 扶養照会した扶養義務者数	93人	99人
3) 上記2)のうち金銭的援助が受けられるようになった扶養義務者数	0人	0人

④ 車の保有(2023年度) 6年 9月 12日現在(2023年度中の任意の時点でご記入ください)

保有世帯数	0世帯
-------	-----

【保有理由の内訳】



1) 事業用	世帯
2) 障害者の通勤用	世帯
3) 公共交通機関が利用困難な場合等の通勤用	世帯
4) 公共交通機関が利用困難な場合等の通院等	世帯
5) 深夜勤務等の通勤	世帯
6) 自立の目途がある場合の処分保留	世帯
7) 障害者の通院等	世帯

※以下は市のみお答えください

⑤生活保護担当職員

1) ケースワーカーの人数(内女性人数)

	正規職員数(内女性)	生保担当の 平均在任年数	非正規職員数(内女性)
2023年4月現在	人( 人)	年 カ月	人( 人)
2024年4月現在	人( 人)	年 カ月	人( 人)

2) 社会福祉主事の資格がない職員数(2024年4月現在)

社会福祉主事の 資格がない職員数	正規職員	非正規職員
	人	人

3) 1ケースワーカー当たりの担当受給者

	世帯数	人数
2023年4月現在	世帯	人
2024年4月現在	世帯	人

4) 専門職としての採用(2024年4月現在)

専門職としての採用がありますか。 ( )あり ( )なし

(2)生活困窮者支援 担当課( 福祉課 )電話(0568-28-0912)FAX(0568-28-2870)  
メールアドレス(fukushi@town.toyoyama.lg.jp )

※市民向けのパンフレットがあれば添付してください。

①実施方法

	実施	運営方法	事業 所数	委託先
自立相談支援		尾張福祉事務所 直営		
住居確保一時金窓口		尾張福祉事務所 直営		
一時生活支援	実施	尾張福祉事務所 直営		
就労準備支援	実施	尾張福祉事務所 委託	1	NPO 法人くらし応援ネットワーク
就労訓練	実施	尾張福祉事務所 委託	71	県による認定
家計改善支援	実施	尾張福祉事務所 委託	1	一般社団法人愛知福祉振興会
子どもの学習・生活支援	実施	尾張福祉事務所 委託	1	株式会社トライグループ
町村の相談支援	実施			
その他( )				

※実施には、「実施」「未実施」「実施予定」の別を記入ください

※運営方法は「直営」「委託」「直営+委託」「借上」の別を記入ください

※委託先は「社協」「社会福祉法人」「NPO法人」「一般社団(財団)法人」「株式会社」「生協」など種別を記入ください。複数ある場合は複数記入ください。

②実施状況

	2022年度	2023年度
新規相談受付件数	32	15
プラン作成件数	0	0
就労支援件数	6	0
住居確保給付金新規決定	5	0

住居確保一時金再給付	1	0
一時生活支援	0	1
就労準備支援	0	2
就労訓練	—	0
家計改善支援	3	2
子どもの学習・生活支援	9	13
町村の相談支援	—	—
その他( )		

(3) 低所得世帯等へのエアコン助成 担当課( )電話( )  
FAX( ) メールアドレス( )

- ① 低所得世帯等へのエアコン購入費助成事業がありますか。  
( )ある (  )ない ( )検討中
- ②ある場合は、実施内容(対象者、助成額、助成実績)をご記入ください。

**4. 福祉医療など 担当課( 保険課 )電話( 0568-28-0917 )FAX( 0568-28-2870 )**

**メールアドレス( kokuho@town.toyoyama.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、2023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	<input checked="" type="radio"/>		
障害者医療費助成制度	<input checked="" type="radio"/>		
精神障害者医療費助成制度	<input checked="" type="radio"/>		
ひとり親医療費助成制度	<input checked="" type="radio"/>		
後期高齢者福祉医療費給付制度	<input checked="" type="radio"/>		
妊産婦医療費助成制度	<input checked="" 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)

**5. 子育て支援策 担当課(福祉課、子ども応援課、学校教育課)電話( )FAX( )**

**メールアドレス( )**

- (1) 子どもの権利を守る施策【子ども応援課】

- ①教育・学習支援 ( )実施( 年 月実施) (  )未実施  
2023年度実績 ( )カ所( )人 実施時期( )  
2024年度予算 ( )カ所( )人 実施時期( )  
※実施している場合の具体的な対象者・年齢等をご記入ください。

- ②「無料塾」、「こども食堂」への支援 【福祉課】

- 1)「無料塾」への支援 ( )実施( 年 月実施) (  )未実施  
2023年度実績 ( )カ所( )人、2024年度予算 ( )カ所( )人

※支援内容を具体的にご記入ください。

--

- 2) 「こども食堂」への支援 ( ) 実施 ( ) 年 月 実施) (○) 未実施  
2023年度実績 ( ) カ所 ( ) 人、2024年度予算 ( ) カ所 ( ) 人

※支援内容を具体的にご記入ください。

--

③ こども家庭センターについて【子ども応援課】

- 1) こども家庭センターの設置状況 ( ) 設置済み (○) 設置を検討中 ( ) 設置しない  
2) こども家庭センターを設置している場合の状況

設置か所数 ( ) カ所 設置場所 ( )

職員体制	人数(人)	任用形態	専任・兼務	所持している資格
センター長			専任・兼務	
統括支援員			専任・兼務	
子ども家庭支援員			専任・兼務	
虐待対応専門員			専任・兼務	
保健師			専任・兼務	
心理担当職員			専任・兼務	
その他( )			専任・兼務	

※任用形態は①正規職員、②フルタイム再任用職員、③短時間再任用職員、④任期付職員、⑤短時間任期付職員、

⑥臨時職員、⑦フルタイム会計年度任用職員、⑧パートタイム会計年度任用職員、⑩その他、から選択してご記入ください。

④ 要保護児童対策地域協議会について【子ども応援課】

- 1) 要保護児童対策地域協議会の設置状況 (○) 設置している ( ) 設置していない  
2) 要保護児童対策地域協議会を設置している場合の状況

設置か所数 ( 1 ) カ所 設置場所 ( 豊山町 生活福祉部 子ども応援課 )

職員体制 全体 ( 3 ) 人 うち正規職員 ( 3 ) 人 →うち専任 ( ) 人・兼任 ( 3 ) 人  
正規職員以外 ( ) 人 →うち専任 ( ) 人・兼任 ( ) 人

(2) 就学援助【学校教育課】

※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。

	2023年度	2024年度
受給者数	【実績】147人	【見込】153人
受給割合	8.9%	9.5%
支給額	【予算】12,872千円	【見込】14,693千円

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。

※2024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。→ 2023年4月以降の変更は (○) ある ( ) ない

生活保護基準額の ( 1.2 ~ 1.3 ) 倍

※上記生活保護基準に含まれているものに○印を付してください。

(○1.2倍) 生活扶助(基準生活費+加算)、(○1.3倍) 住宅扶助(家賃)、(○1.2倍) 教育扶助、  
( ) 前記以外に追加しているもの( )

① 生活保護法に定める教育扶助の廃止又は停止の措置を受けた者

② 地方税法第295条第1項の規定に基づく町民税を非課税とされた者

③ 地方税法第323条の規定に基づく町民税を減免された者

④ 地方税法第72条の62の規定に基づく個人の事業税を減免された者

⑤ 地方税法第367条の規定に基づく固定資産税を減免された者

⑥ 国民年金法第89条及び第90条の規定に基づく国民年金の保険料を減免された者

⑦ 国民健康保険法第77条の規定に基づく保険料の減免又は徴収を猶予された者

⑧ 児童扶養手当法第4条の規定に基づく児童扶養手当の支給を受けた者

⑨ 生活福祉資金貸付制度による貸付けを受けた者

⑩ 児童生徒が属する世帯の前年の所得額(給与所得控除後又は必要経費控除後の金額)が、生活

保護法による保護の基準に基づき、次の算式により算定した額未満である者。  
「生活扶助(1類+2類+期末一時扶助)+教育扶助」×1.2+住宅扶助(1.3倍認定額)+母子加算  
【変更点】  
生活保護法による保護基準の時点を「平成24年12月末日現在」から「前年12月末日現在」に改正

- ③就学援助の対象となる所得基準額(年額)をご記入ください。
- ・2人家族(母就労30歳代、子ども小学生の場合) … (177, 443)円
  - ・4人家族(父母とも就労30歳代、子ども小学生と4歳児の場合) … (225, 231)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 → 2023年4月以降の変更は ( )ある ない
- 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(卒業祝金(卒業アルバムの経費))
- ⑥日本スポーツ振興センター掛け金
- ( )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



2) 実地による検査ではなく、書面やリモートにて実施する予定はありますか。

( )すでに実施している ( )予定がある (○)予定はない

※すでに実施している、予定がある場合は、実地の検査を行わないこととした理由をご記入ください。

3) 指導監査における実地検査以外に、保育施設等を訪問する機会がありますか。

( )定期的に訪問している ( )特別な事情があれば訪問している (○)特にしていない

※訪問している場合、どの種類の保育施設を訪問していますか。

( )認可保育所 ( )小規模保育事業 ( )企業主導型保育事業 ( )認可外保育所

※訪問している場合、その理由や目的(職員からの聞き取り、保育の指導、状況把握等)、訪問者などをご記入ください。

④ 保護者が育児休業を取得する際のきょうだいの子の入園状況(いわゆる育休退園)について

( )育休退園を行っている (○)保護者が育児休業に入っても入園を継続できる

※育休退園を行っている場合、育休退園を行っている理由や基準をご記入ください。

※育休退園を行っている場合、2023年度中に育休退園となった子どもの延べ人数 ( )人

その内訳 1歳児( )人 2歳児( )人 3歳児( )人 その他( )人

再び入園する際の配慮があれば具体的にご記入ください。

⑤ 保育士の離職防止や保育士確保のために市町村独自に工夫していること

(○)市町村独自のとりくみを行っている ( )特に行ってない

※市町村独自のとりくみを行っている場合、その内容について具体的にご記入ください。

正規職員保育士の採用試験の募集を8月から6月に早めた。

## 6. 障害者施策 担当課( 福祉課 )電話( 0568-28-0912 )FAX( 0568-28-2870 )

メールアドレス( fukushi@town.toyoyama.lg.jp )

(1) 自治体独自の障害者手当 → 2023年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

① 自治体独自の障害者手当を支給していますか (○)支給している ( )支給していない

② 支給している場合、2024年4月現在の内容をご記入ください。

手当の事業名	豊山町心身障害者手当
支給者数	2023年度実績 647人
手当額	※月額または年額のいずれかをご記入ください 月額 (最低) 2,000円 ~ (最高) 5,000円 年額 (最低) 円 ~ (最高) 円
支給対象者	豊山町に住所を有する心身障害者(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳いずれかの交付を受けたもの)

(2) 入所施設(2024年7月時点)

・入所施設設置数 ( 0 )カ所

・施設の入所待機者数 ( 0 )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( 0 )%

・( )入所待機者数は把握していない

(3) グループホーム(2024年7月時点)

① グループホーム設置数 ( 5 )カ所 対前年比( 250 )%

② 共同生活援助支給決定数 ( 16 )人 対前年比( 114 )%

③ 日中サービス支援型共同生活援助事業所数 ( )カ所 対前年比( )%

④グループホームの運営法人について

- 1) 公営 ( )カ所      2) 社会福祉法人( )カ所  
 3) 非営利活動法人( )カ所      4) 営利法人 ( 5 )カ所

(4) 訪問系各サービス

①支給状況(2024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	15	115	90	36.8
重度訪問介護	0	0	0	0
行動援護	0	0	0	0
同行援護	0	0	0	0

地域生活支援事業

移動支援	9	90	12.5	3.8
------	---	----	------	-----

※最多支給時間は2024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移動支援の報酬単価について

- 1) 2024年度 ( )引き上げた ( )引き下げた (  )変更していない  
 2) 2025年度 ( )引き上げる予定 ( )引き下げる予定 (  )変更しない予定  
 上記1)、2)の改定にあたって参考にしたことがあればご記入ください。

(5) 短期入所 (2024年7月時点)

- ・短期入所支給者数( 1 )人、昨年同月比( 0 )%、最多支給日数( 5 )日、  
 平均支給日数( 5 )日  
 年間180日以上利用可(短期入所)とする支給者数( 0 )人

(6) 介護保険と障害福祉サービスとの関係について

- ①厚生労働省2023年6月30日付け事務連絡「自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項について」を読んでいますか。

(  )読んだ ( )読んでいない

- ②要介護認定の申請を行わずに(介護保険を利用せずに)、障害福祉サービスの更新申請した場合、申請を受理しますか。受理しない場合は、その理由をご記入ください。

(  )受理する ( )受理しない ( )その他

- ③要介護認定の申請をしない場合の障害福祉サービスの継続利用について、該当するものに○印を付けてください。また、コメントがあればご記入ください。

- ( ) 65歳の誕生日前日をもって介護保険に相当する障害福祉サービスは打ち切る  
 ( ) 65歳の誕生日前日をもって支給決定していた障害福祉サービスはすべて失効する  
 (  ) 介護保険の利用申請をしないことを理由に障害福祉サービスを打ち切ることはない  
 ( ) その他

7. 任意予防接種の助成 担当課(保健センター) 電話(0568-28-3150) FAX(0568-28-0061)

メールアドレス(hoken-center@town.toyoyama.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歳から2歳未満、小学校入学前の1年間(年長児)	2,000円	残りの額	令和5年4月
带状疱疹	50歳以上	不活化ワクチン 10,000円×2回 生ワクチン 4,000円×1回 円	残りの額	令和4年4月
子どものインフルエンザ	6か月～13歳未満 2回 13歳～中学3年生 1回	1,000円	残りの額	令和2年10月
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)	65歳	6,090円	2,500円	平成26年10月
高齢者用肺炎球菌(任意)		円	円	

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

8. 健診事業 担当課(保健センター)電話(0568-28-3150)FAX(0568-28-0061)

メールアドレス(hoken-center@town.toyoyama.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。

令和6年4月より2回実施。

9. 地域の保健・医療 担当課(防災安全課、保健センター)電話(0568-28-3150)FAX(0568-28-0061)

メールアドレス(hoken-center@town.toyoyama.lg.jp)

(1) 地域の公立公的病院の病床数の変更予定 ( ) ある (  ) ない 【保健センター】

※ある場合、具体的にご記入ください。

(2) 自治体に公立病院がある場合、県感染症予防計画にもとづく、医療措置協定の内容についてご記入ください【保健センター】

		発生公表直後 (発生公表1週間後)	流行初期 (3カ月以内)	流行初期以降 (6カ月以内)
確保病床(床)				
発熱外来	対応人数(人/日)			
	対応検査数(件/日)			

(3) 自治体独自の医師、看護師等医療従事者の確保対策について、2023年4月以降の追加・変更はありますか。【保健センター】

( ) あり (  ) ない

※ある場合、具体的にご記入ください。



(4) 避難所について【防災安全課】

① 設置数

- 1) 指定避難所数 ( 13 )カ所 1カ所あたりの対象人数 ( )人  
2) 福祉避難所数 ( 1 )カ所 1カ所あたりの対象人数 ( )人

② 避難行動要支援者数 ( )人

③ 災害時要支援者個別避難計画を ( )作成している (  )作成できていない

【3】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。

【福祉課、保険課、保健センター】

※2023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	年 月 日
	②国民健康保険の国庫負担引き上げ等を求める意見書	年 月 日
	③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介護従事者の労働環境の改善を求める意見書	年 月 日
	⑥子どもの医療費無料制度創設を求める意見書	年 月 日
	⑦障害児・者の「暮らしの場」の整備を求める意見書	年 月 日
	⑧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	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子ども医療費助成制度の拡充を求める意見書	年 月 日
	③国民健康保険への支援を求める意見書	年 月 日
	④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	年 月 日

※2023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。