

貴自治体名 丹羽郡大口町懇談日時 10月24日(木) 午後15時30分～ 16時30分懇談会場 大口町役場2階会議室 ※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( **行政課** )電話( **0587-95-1699** )FAX( **95-1030** )  
メールアドレス( **gyousei@town.oguchi.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	○		
窓口での問合せ・相談を受け付ける	○		
電話による問合せ・相談を受け付ける	○		
手続きのフォローのための窓口への人員配置			○
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	○		
スマートフォン講座・相談会等の開催	○		
高齢者デジタルサポーターの養成			○
その他( )			

**【2】1. 介護保険・高齢者福祉 担当課(長寿ふくし課) 電話(0587-94-0051)FAX(0587-94-0052)**  
**メールアドレス( [choujufukushi@town.oguchi.lg.jp](mailto:choujufukushi@town.oguchi.lg.jp) )**

(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)	5,538 人	5,560 人	5,580 人
次年度決算繰越金 (B)	8,551,358 円	18,939,372 円	2,700,592 円
1人当たり繰越金 (B) / (A)	1,544 円	3,406 円	484 円
年度末準備基金保有額 (C)	112,920,098 円	82,921,779 円	32,925,142 円
1人当たり保有額 (C) / (A)	20,390 円	14,913 円	5,900 円
繰越金+基金保有額(D)	121,471,456 円	101,861,151 円	35,625,734 円
1人当たり「繰越金+基金保有額」(D) / (A)	21,934 円	18,320 円	6,384 円

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

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。

( ) がある ( ) 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)

○ 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、震災、風水害、火災等により、住宅、家財等に受けた損害がその財産等の価格の10分の3以上である場合  
 → 前年合計所得金額 400万円以下  
 減免割合 合計所得金額により 最小2割～最高10割

○ 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、又は心身に重大な障害を受け、もしくは長期入院したことにより、その者の収入が著しく減少した場合  
 → 前年合計所得金額 250万円以下  
 当年合計所得見込額 前年の合計所得金額の2分の1以下  
 減免割合 5割

○ 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、廃業、失業した場合、その他干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁等により、その者の収入が著しく減少した場合  
 → 前年合計所得金額 250万円以下  
 当年合計所得見込額 前年の合計所得金額の2分の1以下  
 減免割合 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	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

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	56人	58人
	保険料滞納者延べ件数	499件	309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	1人	1人
財産差押え	差押え実人数	0人	0人
	差押え件数合計	0人	0人

(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

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(平成27年4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

グループホームの家賃等助成(特定入所者介護サービス受給対象になり得る方を対象としたグループホームの部屋代、食事代の利用助成)  
介護保険料第1、2段階の方:1,200円/日 介護保険料第3段階の方:600円/日

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。

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	112件	133件
利用料減免の金額実績	3,891,000円	4,689,600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。(19)人(2023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(5)人 待機者数(0)人 (2024年9月現在)

( )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

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	1 ( )	80 ( )	1 ( )	80 ( )	1 ( )	80 ( )
介護老人保健施設	1 ( )	118 ( )	1 ( )	118 ( )	1 ( )	118 ( )
認知症グループホーム	2 ( )	18 ( )	2 ( )	18 ( )	2 ( )	18 ( )
特定施設入居者生活介護事業所	0 ( )	0 ( )	0 ( )	0 ( )	0 ( )	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	1	30
住宅型有料老人ホーム	3	308

(7) 介護施設の夜勤形態

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

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・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(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	2			
小規模多機能				
看護小規模多機能				
短期入所				

(8) 総合事業

① 総合事業の「事業対象者数」をお答えください。( 84 )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	17	17	398	33
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	28	28	688	59
通所型サービスA(緩和した基準)	4	4	313	26
通所型サービスC(短期集中予防)	2	2	1,489	162

(9) 次期(第10期)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( )人 ( )ない (○)未定

(10) 高齢者福祉施策

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

地域自治組織が取り組む移動支援事業『サポートカー』

(11)認知症関係

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

→2022年4月以降、対象者・要件の変更は ( )ある (○)なし

①認定書の発行枚数実績は → 2022年度(584)枚、2023年度(578)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(1)件、2023年度(1)件

(○)認定書を送付している → 2022年度(583)件、2023年度(577)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(A)以上は基本的に該当する → 要介護要件 (○)ある ( )なし

※要介護要件がある場合は、(普通障がい:A、特別障がい:B)以上

(○)認知症高齢者自立度(II)以上は基本的に該当する → 要介護要件 (○)ある ( )なし

※要介護要件がある場合は、(普通障がい:II、特別障がい:IV)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( 戸籍保険課 )電話( 0587-95-1116 )FAX( 0587-95-1030 )

メールアドレス( kosekihoken@town.oguchi.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年度	2024年度
保険料・税率	所得割	旧但し書き額	× ( 8.11 )%	× ( 9.70 )%
	資産割	固定資産税額	× ( 4.00 )%	× ( 2.00 )%
	均等割	加入者1人につき	36,900 円	42,300 円
	平等割	1世帯につき	29,400 円	29,400 円
1人当たり調定額(平均保険料)※予算額			106,289 円	117,674 円
一般会計からの1人当たり法定外繰入額			予算 13,862 円	予算 13,427 円
※2023年は予算・決算、2024年は予算			決算 11,342 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	319,300 円	364,200 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	81,500 円	92,800 円
3	単身世帯(70歳代)、所得0円 ※7割軽減世帯	19,800 円	21,400 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	112,400 円	126,900 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	112,400 円	126,900 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)	3,857 人	3,619 人	3,494 人
次年度決算繰越金 (B)	82,854,403 円	60,766,984 円	43,805,541 円
1人当たり繰越金 (B)／(A)	21,482 円	16,791 円	12,537 円
年度末準備基金保有額 (C)	6,888,813 円	68,889,234 円	68,891,275 円
1人当たり保有額 (C)／(A)	17,861 円	19,036 円	19,717 円
繰越金＋基金保有額(D)	151,742,616 円	129,656,218 円	112,696,816 円
1人当たり「繰越金＋基金保有額」 (D)／(A)	39,343 円	35,827 円	32,254 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	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)

前年合計所得 <b>400万円以下</b>
当年合計所得見込額 <b>基準なし</b>
当年合計所得見込額の減少要件割合 <b>前年の3分の2以下</b>
減免割合 所得割額の 最小( <b>2</b> )割～最高( <b>10</b> )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	12件	10件
保険料減免の金額実績	429,100円	389,000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	件	件
保険料減免の金額実績	円	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	3,629	3,484
世帯数	2,350	2,306
滞納世帯数	130	143
資格証明書交付世帯数	0	0
短期保険証交付世帯数	39	41
留め置き世帯数(※1)	9	38
未交付・未更新世帯数(※2)	0	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

分納誓約書を提出し、納付の約束をしている場合は除外している。

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

納税資力があいながら、納税せず、納税折衝にも応じない場合。

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		0	0	
差押え	差押え世帯数	6	8	
	差押え件数合計	6	8	
	件数内訳	不動産	0	0
		預貯金	6	7
		生命保険(内学資保険)	0	0
その他		0	1	
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	14	8	
	件数内訳	無資力	0	0
		生活保護	8	0
		生活困窮	0	0
		所在不明	6	7
その他	0	1		

(4) 一部負担減免制度

- ①一部負担減免制度がありますか。  
ある 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

- ①70～74歳 簡素化済み(令和2年6月受診分から実施) 検討中 予定ない
- ②70歳未満 簡素化済み(令和4年8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 ある 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 ( 3 )人 そのうち、公募枠は ( 0 )人

### 3. 生活保護・生活困窮者支援

(1) 生活保護 担当課( **長寿ふくし課** )電話( **0587-94-0051** )FAX( **0587-94-0052** )  
 メールアドレス( **choujufukushi@town.oguchi.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	13 件	13 件
申請件数	12 件	11 件
そのうち保護開始件数	12 件	11 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	67 世帯	67 世帯
うち、外国人世帯数	1 世帯	1 世帯
受給人数	77 人	74 人
うち、外国人人数	1 人	1 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	12件	13件
2) 扶養照会した扶養義務者数	14人	28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) 年 月 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	0世帯
2) 障害者の通勤用	0世帯
3) 公共交通機関が利用困難な場合等の通勤用	0世帯
4) 公共交通機関が利用困難な場合等の通院等	0世帯
5) 深夜勤務等の通勤	0世帯
6) 自立の目途がある場合の処分保留	0世帯
7) 障害者の通院等	0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( **長寿ふくし課** )電話( **0587-94-0051** )FAX( **0587-94-0052** )

メールアドレス( **choujufukushi@town.oguchi.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		直営		
住居確保一時金窓口		直営		
一時生活支援	実施	直営		
就労準備支援	実施	委託	1	やまて企業組合
就労訓練	未実施			
家計改善支援	実施	委託	1	日本FP協会
子どもの学習・生活支援	実施	委託	1	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	9	6
プラン作成件数	0	7
就労支援件数	2	3
住居確保給付金新規決定	2	2
住居確保一時金再給付	0	1
一時生活支援	0	0
就労準備支援	0	4
就労訓練	-	-
家計改善支援	4	2
子どもの学習・生活支援?	18	17
町村の相談支援	-	-
その他( )	0	0

### (3) 低所得世帯等へのエアコン助成 担当課( 長寿ふくし課 )電話( 0587-94-0051 )

FAX( 0587-94-0052 ) メールアドレス( choujufukushi@town.oguchi.lg.jp )

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( 戸籍保険課 )電話( 0587-95-1116 )FAX( 0587-95-1030 )

メールアドレス( kosekihoken@town.oguchi.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 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) 令和5年4月1日

(改定内容) 高校生等(15歳到達の年度末の翌日から18歳到達の年度末まで)の通院に係る医療費を加え、これまで償還払いにより助成をしてきた入院に係る医療費についても現物給付とする。

### 5. 子育て支援策 担当課( こども課 )電話( 0587-94-1222 )FAX( 0587-94-0052 )

メールアドレス( kodomo@town.oguchi.lg.jp )

(1) 子どもの権利を守る施策

- 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  
 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  
 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  
 設置カ所数( )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	1	①	専任・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">兼</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">務</span>	
統括支援員	1	①	専任・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">兼</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">務</span>	社会福祉士
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	2	①	専任・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">兼</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">務</span>	
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  
 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  
 設置カ所数( 1 )カ所 設置場所(大口町健康福祉部こども課 )  
 職員体制 全体( 6 )人 うち正規職員( 6 )人 →うち専任( 0 )人・兼任( 6 )人  
 正規職員以外( )人 →うち専任( )人・兼任( )人

(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。

	2023年度	2024年度
受給者数	172人	163人

受給割合	7.8%	7.4%
支給額	10,580,427 円	13,068,000 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 )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。

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

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) … ( 1,874,000 )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) … ( 2,617,000 )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 → 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(卒業アルバム代 )

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

(3)給食費の補助・減免(就学援助家庭への減免は除く)

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)

→ 2023年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

( )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。

半額補助

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

→ 2023年4月以降の変更は ( )ある ( )ない

( )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。

3歳児以上の園児の主食代補助の実施

・町内保育園園児の主食代無償

・町外保育園、認定こども園及び幼稚園の園児 650 円/月を上限に補助

(4)保育

①保育施設の数(2024年4月1日現在)

保育施設の種類		施設数	
		公立施設	私立施設
認可保育所 ※保育所型認定こども園・へき地保育所を含む		3	1
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)		



--

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

( )市町村独自のとりにくみを行っている (  )特に行っていない

※市町村独自のとりに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。

--

6. 障害者施策 担当課( 長寿ふくし課 )電話( 0587-94-0051 )FAX( 0587-94-0052 )

メールアドレス( choujufukushi@town.oguchi.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	大口町福祉手当
支給者数	2023年度実績 809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) 4,000円 ~ (最高) 5,000円 年額(最低) 円 ~ (最高) 円
支給対象者	身体障害者手帳の交付を受けた者、療育手帳の交付を受けた者 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者、特定医療費受給者証 (指定難病)の保持者 ※所得要件及び等級によって手当の金額が変わる

(2)入所施設(2024年7月時点)

・入所施設設置数 (  )カ所

・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

(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 (  )カ所 対前年比(  )%

②共同生活援助支給決定数 (  )人 対前年比(  )%

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 ( )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	39	100	70.5	26
重度訪問介護	0	-	-	-
行動援護	5	100	54.5	41
同行援護	1	100	31	31

地域生活支援事業

移動支援	48	91	31	27
------	----	----	----	----

※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( 26 )人、昨年同月比( 100 )%、最多支給日数( 31 )日、  
平均支給日数( 10 )日  
年間180日以上利用可(短期入所)とする支給者数( 1 )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

65歳の誕生月から2か月程度までの間決定を延長し、優先となる介護保険制度への移行を依頼している。

**7. 任意予防接種の助成 担当課( **健康課** )電話( **0587-94-0053** )FAX( **0587-94-0052** )  
メールアドレス( **kenkou@town.oguchi.lg.jp** ) **健康課****

(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	
带状疱疹	50 歳以上の方	不活化ワクチン 10,000 円 生ワクチン 4,000 円 ※生活保護受給者は全額	医療機関ごとに異なる	令和5年4月
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)	60 歳以上 65 歳未満で基準の障害を有する方 65 歳の方	6,304 円 (生活保護世帯及び町民税非課税世帯の方は	2,000 円 (生活保護世帯及び町民税非課税世帯の方は	平成 26 年 10 月 1 日～

		8,304 円)	自己負担 0 円	
高齢者用肺炎球菌(任意)	66 歳以上の方(過去に定期接種した者及び本事業の助成を受けたことがある者は除く) 但し、過去に一度高齢者肺炎球菌ワクチンを自費で接種した者は、5 年経過している場合は対象とする	4,304 円 (生活保護世帯及び町民税非課税世帯の方は 8,304 円)	4,000 円 (生活保護世帯及び町民税非課税世帯の方は自己負担 0 円)	平成 23 年 6 月 平成 26 年 10 月(変更) 令和元年 4 月(変更)

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 → ( )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( **こども課** )電話( **0587-94-1222** )FAX(**0587-94-0052**)  
メールアドレス( **kodomo@town.oguchi.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。

2回 令和2年4月  
(1回 平成26年4月)

9. 地域の保健・医療 担当課( **健康課** )電話( **0587-94-0053** )FAX( **0587-94-0052** )  
メールアドレス( **kenkou@town.oguchi.lg.jp** ) **健康課**

(1)地域の公立公的病院の病床数の変更予定 ( )ある ( )ない

※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

		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。

( )ある ( )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

①設置数

1)指定避難所数 ( **10** )カ所 1カ所あたりの対象人数 ( )人

2)福祉避難所数 ( **5** )カ所 1カ所あたりの対象人数 ( )人

②避難行動要支援者数 ( **2,199** )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。

※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	令和5年10月8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。