

貴自治体名( 知立市 )

懇談日時 10月20日(火) 午後4時～午後5時

懇談会場 第一委員会室(知立市役所5階)※会場が確定している場合はご記入ください。

2026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( 長寿介護課、都市整備課 ) 電話( 0566-95-0122・0191、0566-95-0158 ) FAX( 0566-83-1141 )

メールアドレス( choju-kaigo@city.chiryu.lg.jp、toshiseibi@city.chiryu.lg.jp )

(1) 介護給付費準備基金・繰越金等

① 第10期介護保険事業計画の策定において、保険料(第1号被保険者)上昇を抑えるための介護給付費準備基金活用の見込みについてご記入ください。

| 2026年度末の準備基金残高<br>(見込み) (A) | 第10期保険料にあてて取り<br>崩す準備基金(見込み) (B) | 取り崩し割合〈(B)／(A)〉<br>(小数点第1位まで) |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 302,945,359 円               | 現段階では不明円                         | %                             |
| 円                           | 円                                | %                             |

② 次年度繰越金・準備基金保有高

| 質問項目                         | 2023年度末       | 2024年度末       | 2025年度末       |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 第1号被保険者数 (A)                 | 14,813 人      | 14,880 人      | 14,955 人      |
| 次年度決算繰越金 (B)                 | 106,740,588 円 | 178,239,751 円 | 221,884,009 円 |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A)             | 7,205 円       | 11,978 円      | 14,836 円      |
| 年度末準備基金保有額 (C)               | 26,465,355 円  | 73,432,068 円  | 189,336,340 円 |
| 繰越金＋基金保有額(D)                 | 73,278,309 円  | 183,159,355 円 | 301,077,134 円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保<br>有額」 (D)／(A) | 4,947 円       | 12,309 円      | 20,132 円      |

(2) 介護保険料の独自減免制度 → 2025年4月以降の変更は ( )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。  
( ☒ )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。(2026年4月1日現在)  
・減免対象の規定(所得段階区分等)の内容

知立市介護保険条例第 10 条第1項第5号 第1号被保険者並びにその者の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員の収入及び保有する資産を考慮しても、保険料を納付することが困難であること。

- ・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       | 2024年度    | 2025年度   |
|------------|-----------|----------|
| 保険料減免件数    | 21 件      | 17 件     |
| 保険料減免の金額実績 | 124,800 円 | 96,900 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。  
( ☒ )ある ( )ない
- 2) ある場合、2026年4月1日現在の内容をご記入ください。

知立市介護保険条例第 10 条第1項第2号から第4号までのいずれかの事情による者のうち当該者の属する世帯の生計を主として維持する者の前年中における合計所得金額が 地方税法第 314 条の2第2項 に規定する額にその者の同一生計配偶者及び扶養親族の数を乗じて

得た金額と 300 万円との合計金額以下

当該生計を主として維持する者の当該年中における合計所得金額の見込額が前年中における合計所得金額の2分の1以下

所得割額の 最小( 5 )割～最高( 5 )割

3)ある場合、その実績をご記入ください。

| 質問項目       | 2024年度 | 2025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    |               | 2024年度 | 2025年度 |
|---------|---------------|--------|--------|
| 保険料滞納者数 | 保険料滞納者実人数     | 199    | 197    |
|         | 保険料滞納者延べ件数    | 1,191  | 1,225  |
| 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        | 4      | 4      |
| 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 → 2025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( 2001)年(10)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。(2026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

①市町村民税非課税世帯に属する者で、前年(1月から7月までは前々年)の当該世帯全員の収入の合計が単身世帯で150万円(世帯員が1人増すごとに50万円を加算)以下であること。  
②預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員一人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。  
③世帯員すべてが日常生活に供する資産以外に活用する資産を有していないこと。  
④市町村民税課税者の扶養又は援助を受けていないこと。

2)訪問介護利用料の助成割合 (利用者負担 1 割の 1/2 )

3)居宅サービス利用料の助成割合 (利用者負担 1 割の 1/2 )

4)施設サービス利用料の助成割合 (利用者負担減免無し※但し知立市社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度に係る実施要綱 第 4 条による利用者 負担減免については 1/4または 1/2)

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       | 2024年度 | 2025年度   |
|------------|--------|----------|
| 利用料減免件数    | 1 件    | 13 件     |
| 利用料減免の金額実績 | 825 円  | 66,517 円 |

(5) 介護保険施設への独自支援制度、認知症グループホーム入所者等への食費・居住費の助成制度

①介護保険施設への独自支援制度、介護付き有料老人ホーム、認知症グループホーム等の入所者や短期入所者等の食事、居住費に対する助成制度に変更がありますか。

( )変更がある (○)変更はない

②変更がある場合、その内容をご記入ください。(2026年4月1日現在)

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

(6) 総合事業

①総合事業の「事業対象者数」をご記入ください。 ( 133 )人

②総合事業の事業所数・利用人数・報酬基本単位をご記入ください。

※事業所数は各年4月1日現在、利用者数は月平均(2026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  |       | 報酬基本単位                                                          |                                                                 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                      | 2025年 | 2026年 | 2025年 | 2026年 | 2025年<br>(月・回)                                                  | 2026年<br>(月・回)                                                  |
| 現行の訪問介護<br>相当の訪問介護   | 7     | 8     | 40    | 44    | 1176(月)                                                         | 1176(月)                                                         |
| 生活支援型訪問A<br>(緩和した基準) | 5     | 4     | 70    | 38    | 946(月)                                                          | 946(月)                                                          |
| 現行の通所介護<br>相当の通所介護   | 9     | 8     | 84    | 84    | 1798(月)                                                         | 1798(月)                                                         |
| 通所型サービスA<br>(緩和した基準) | 4     | 4     | 87    | 137   | 1325(月)                                                         | 1325(月)                                                         |
| 通所型サービスC<br>(短期集中予防) | 2     | 2     | 18    | 17    | 通所<br>①<br>3450<br>円<br>通所<br>②<br>3510<br>円<br>訪問<br>4720<br>円 | 通所<br>①<br>3450<br>円<br>訪問<br>4720<br>円<br>通<br>所②<br>3510<br>円 |

(7) 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。( 18 )人(2026年 4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( 2 )人 待機者数( 13 )人 (2026年 7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

(8) 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) |            | 2025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      | 3<br>( )     | 219<br>( ) | 3<br>( ) | 219<br>( ) | 3<br>( ) | 219<br>( ) |
| 介護老人保健施設       | 1<br>( )     | 100<br>( ) | 1<br>( ) | 100<br>( ) | 1<br>( ) | 100<br>( ) |
| 認知症グループホーム     | 3<br>( )     | 45<br>( )  | 3<br>( ) | 45<br>( )  | 3<br>( ) | 45<br>( )  |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | 1<br>( )     | 30<br>( )  | 1<br>( ) | 30<br>( )  | 1<br>( ) | 30<br>( )  |

②サービス付き高齢者住宅等の設置状況について(2026年3月末現在)

|             | 施設数 | 定員  |
|-------------|-----|-----|
| サービス付き高齢者住宅 | 2   | 66  |
| 住宅型有料老人ホーム  | 4   | 130 |

(9) 介護施設の夜勤形態について

①介護施設の夜勤形態について把握をしていますか。

( ☒ )把握している ( )把握していない

②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<br>施設数 | 2交替(12時間以上<br>の長時間)夜勤 | 3交替夜勤 | 2交替と3交<br>替が混在 | その他 |
|-----------|-----------|-----------------------|-------|----------------|-----|
| 特別養護老人ホーム | 4         | 1                     |       | 1              | 2   |
| 介護老人保健施設  | 1         | 1                     |       |                |     |
| グループホーム   | 3         | 1                     | 1     |                | 1   |
| 小規模多機能    | 1         |                       | 1     |                |     |
| 看護小規模多機能  | 0         |                       |       |                |     |
| 短期入所      | 4         | 2                     |       | 1              | 1   |

③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<br>の長時間)夜勤 | 3交替夜勤 | 2交替と3交替<br>が混在 | その他 |
|-----------|-----------------------|-------|----------------|-----|
| 特別養護老人ホーム | 1                     |       |                |     |
| 介護老人保健施設  |                       | 1     |                |     |
| グループホーム   | 1                     | 1     |                | 1   |
| 小規模多機能    |                       | 1     |                |     |
| 看護小規模多機能  |                       |       |                |     |
| 短期入所      | 2                     |       |                |     |

(10)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

→公開する場合、当日の委員会の傍聴は ( ☒ )できる 5人 ( )できない

②計画策定委員の公募枠 ( ☒ )ある → 公募枠( 3 )人 ( )ない ( )未定

③計画策定業務の一部委託をしていますか。

( ☒ )している →委託先名( ジャパンインターナショナル総合研究所 )

( )していない

(11)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                                                                   | 2025年度助成実績 |    |
|------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|----|
|            |                                             |                                                                       | 人数         | 金額 |
| 補聴器購入費助成事業 | 市内在住の65歳以上の方で補聴器の装用が有用と判断された者<br>(その他諸条件あり) | 購入費用の2分の1<br>ただし、以下の上限あり<br>市民税非課税世帯(上限30,000円)<br>市民税課税世帯(上限15,000円) | 0人         | 0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) 高齢者タクシー代助成      (○)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

- 4) 地域公共交通会議は設置されていますか。  
(○)設置している      ( )設置していない      ( )設置予定がある

(12) 認知症関係

- ①「市町村認知症施策推進計画」の作成予定は  
(○) 2027年 3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

(13) 高齢者虐待について

2025年度

|                     | 養介護施設従事者等<br>による虐待 | 養護者による虐待 | 合 計 |
|---------------------|--------------------|----------|-----|
| 相談通報件数 (A)          | 1                  | 11       | 12  |
| (A)のうち虐待と判断<br>した件数 | 0                  | 11       | 11  |

(14) やむを得ない事由による老人福祉法の措置

2025年度に新たに措置した件数

| やむを得ない事由   | 特別養護老人ホームへの<br>施設入所措置件数<br>(第11条1項2号) | 居宅サービス等措置件数<br>(第10条の4第1項) |
|------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 虐待         | 1                                     | 0                          |
| 認知症        | 0                                     | 0                          |
| その他<br>( ) | 0                                     | 0                          |

※養護老人ホームへの措置件数は含みません

(15) 65歳以上高齢者の障害者控除の認定について

- 2025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 → 2024年度( 1,751 )枚、2025年度( 1,766 )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 → 2024年度( )件、2025年度( )件  
(○)認定書を送付している → 2024年度( 1,733 )件、2025年度( 1,740 )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 ( )ある ( )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 ( )ある ( )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(国保医療課)電話(0566-95-0123)FAX(0566-83-1141)**  
**メールアドレス(kokuho-iryo@city.chiryu.lg.jp)**

(1)国保料(税)等について

①国保料(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                      | 2025年度    | 2026年度    | 増減    |
|-------------------------|-----------|-----------|-------|
| 所得割                     | × (9.86)% | × (9.86)% | 0     |
| 均等割                     | 43,700円   | 43,700円   | 0     |
| 平等割                     | 29,800円   | 29,800円   | 0     |
| 1人当たり調定額<br>(平均保険料)※予算額 | 115,909円  | 117,059円  | 1,150 |

②2026年度の国保料(税)(医療給付費分と後期高齢者支援金分の合計)改定結果は

( )上がった ( ☒ )据え置いた ( )下がった

③国保料(税)(介護分)について

| 区分  | 2025年度    | 2026年度    | 増減 |
|-----|-----------|-----------|----|
| 所得割 | × (2.48)% | × (2.48)% | 0  |
| 均等割 | 12,700円   | 12,700円   | 0  |
| 平等割 | 7,000円    | 7,000円    | 0  |

④国保料(税)(子ども・子育て支援分)について

| 区分  | 2025年度 | 2026年度    |
|-----|--------|-----------|
| 所得割 | —      | × (0.29)% |
| 均等割 | —      | 1,400円    |
| 平等割 | —      | 800円      |

⑤モデルケース別の国保料(税)

※医療給付費分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分の合計をご記入ください。

2025年度の子ども・子育て支援金分はゼロで算出します。介護分は2年とも含みません。

| No. | モデルケース                                                       | 2025年度   | 2026年度   | 増減     |
|-----|--------------------------------------------------------------|----------|----------|--------|
| 1   | 夫婦(40歳代)・子ども(中学生1・高校生1)の<br>4人世帯、給与所得200万円〈妻の年収0〉<br>※2割軽減世帯 | 318,300円 | 326,200円 | 7,900円 |
| 2   | 夫婦世帯(70歳代)、年金所得80万円(年金<br>収入190万円)〈妻年収0〉<br>※5割軽減世帯          | 95,000円  | 96,800円  | 1,800円 |
| 3   | 単身世帯(70歳代)、所得0円<br>※7割軽減世帯                                   | 22,000円  | 22,600円  | 600円   |
| 4   | 単身世帯(20歳代)、給与所得100万円(給与<br>収入155万円)<br>※軽減なし世帯               | 129,600円 | 133,400円 | 3,800円 |

⑥法定外繰入(1人当たり)について

|  | 2025年度 | 2026年度 |
|--|--------|--------|
|--|--------|--------|

|                                             |          |                  |          |        |
|---------------------------------------------|----------|------------------|----------|--------|
| 一般会計からの1人当たり法定外繰入額<br>※2025年は予算・決算、2026年は予算 | 予算<br>決算 | 7,949円<br>6,222円 | 予算<br>決算 | 8,336円 |
|---------------------------------------------|----------|------------------|----------|--------|

⑦市町村が独自に実施している医療費助成制度に係る国保の国庫負担減額調整措置による貴市町村の減額金額をご記入ください。

| 制 度 名       | 2025年度実績 |
|-------------|----------|
| 障害者医療費助成制度  | 0円       |
| ひとり親医療費助成制度 | 0円       |
| 合計          | 0円       |

⑧次年度繰越金・基金保有額

| 質問項目                    | 2023年度末      | 2024年度末       | 2025年度末       |
|-------------------------|--------------|---------------|---------------|
| 被保険者数 (A)               | 10,246 人     | 9,960 人       | 9,795 人       |
| 次年度決算繰越金 (B)            | 45,786,369 円 | 58,729,775 円  | 10,746,612 円  |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A)        | 4,469 円      | 5,897 円       | 1,097 円       |
| 年度末準備基金保有額 (C)          | 17,255,058 円 | 62,115,442 円  | 121,586,570 円 |
| 1人当たり保有額 (C)／(A)        | 1,684 円      | 6,236 円       | 12,413 円      |
| 繰越金＋基金保有額(D)            | 63,041,427 円 | 120,845,217 円 | 132,333,182 円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保有額」(D)／(A) | 6,153 円      | 12,113 円      | 13,510 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 → 2025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。(2026年4月1日現在) ※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       | 2024年度 | 2025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。(2026年4月1日現在)  
( )ある ( )検討中 (○)ない
- 2)ある場合、そ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       | 2024年度 | 2025年度 |
|------------|--------|--------|
| 保険料減免件数    | 件      | 件      |
| 保険料減免の金額実績 | 円      | 円      |

③収入減少を理由にした保険料(税)減免制度

→ 2025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。(2026年4月1日現在)  
(○)ある ( )ない
- 2)ある場合、その内容をご記入ください。

前年合計所得 **43万円**にその者の控除対象配偶者および扶養親族の数を乗じて得た金額  
と**300万円**との合計金額以下  
当年合計所得見込額 **下記減少割合の金額以下**  
当年合計所得見込額の減少要件割合 **前年中の4分の1以下または4分の1を超え2分の1以下**  
減免割合 所得割額の 最小(**5**)割～最高(**7.5**)割

3) ある場合、その実績をご記入ください。

| 質問項目       | 2024年度           | 2025年度           |
|------------|------------------|------------------|
| 保険料減免件数    | <b>1</b> 件       | <b>4</b> 件       |
| 保険料減免の金額実績 | <b>112,200</b> 円 | <b>473,300</b> 円 |

(3) 滞納世帯数・特別療養費・留め置き・差押え等

① 国保被保険者数・世帯数・滞納世帯数・特別療養費・留め置き世帯数等

| 質問項目             | 2025年6月1日                    | 2026年6月1日                     |
|------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 被保険者数            | <b>10,121</b>                | <b>9,918</b>                  |
| 世帯数              | <b>7,010</b>                 | <b>6,954</b>                  |
| 滞納世帯数            | <b>693</b>                   | <b>630</b>                    |
| 特別療養費支給対象世帯数(※1) | <b>0</b>                     | <b>0</b>                      |
| 留め置き世帯数(※2)      | <b>不明(R7.9.1 時点<br/>0 件)</b> | <b>不明(R8.8.31 時点<br/>0 件)</b> |
| 未交付・未更新世帯数(※3)   | <b>0</b>                     | <b>0</b>                      |

※1は、医療機関窓口で10割負担を求められる対象者

※2・3は、国保加入者だが、マイナ登録をしていない人のうち、は※2「交付した資格確認書の留め置き世帯数」、※3は資格確認書を交付していない未交付・未更新世帯数」

② 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。 → 2025年4月以降の変更は ( ) がある (○) ない

**滞納者の状況により判断**

2) 以下の件数をご記入ください。

| 質問項目     |          |             | 2024年度      | 2025年度       |
|----------|----------|-------------|-------------|--------------|
| 財産調査件数   |          |             | <b>不明</b>   | <b>不明</b>    |
|          | 差押え件数    |             | <b>86</b>   | <b>131</b>   |
|          | 件数<br>内訳 | 給与          | <b>19</b>   | <b>25</b>    |
|          |          | 不動産         | <b>3</b>    | <b>0</b>     |
|          |          | 預貯金         | <b>52</b>   | <b>97</b>    |
|          |          | 生命保険(内学資保険) | <b>5(0)</b> | <b>8(0)</b>  |
|          |          | その他         | <b>7</b>    | <b>1</b>     |
| 競売による現金化 |          |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
| 徴収の猶予    | 申請件数     |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
|          | 許可件数     |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
| 換価の猶予    | 申請件数     |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
|          | 許可件数     |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
|          | 職権件数     |             | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
| 滞納処分の停止  | 適用件数     |             | <b>864</b>  | <b>1,089</b> |
|          | 件数<br>内訳 | 無資力         | <b>320</b>  | <b>555</b>   |
|          |          | 生活保護        | <b>372</b>  | <b>295</b>   |
|          |          | 生活困窮        | <b>0</b>    | <b>0</b>     |
|          |          | 所在不明        | <b>172</b>  | <b>239</b>   |
|          |          | その他         | <b>0</b>    | <b>0</b>     |

(4) 一部負担減免制度

①一部負担減免制度がありますか。(2026年4月1日現在)

(○)ある ( ) 検討中 ( ) ない

②相談・申請・適用の実績

| 質問項目         | 2024年度    | 2025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   | 1件        | 0件     |
| 一部負担金減免の延べ件数 | 74件       | 0件     |
| 一部負担金減免の金額実績 | 169,815 円 | 0円     |

(5) 資格確認書

①資格確認書の交付についての貴自治体の対応は。

(○) マイナ保険証登録者には、要配慮者に限り資格確認書を交付する。

( ) 全ての国民健康保険加入者に送付する。

( ) 全ての国民健康保険加入者に交付できないか検討中。

( ) その他( )

②資格確認書の交付などについて、困っていること、改善してほしいことなどがあればご記入ください。

特にありません。

(6) 国保運営協議会 → 2025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 (4) 人 そのうち、公募枠は (4) 人

### 3. 生活保護・生活困窮者支援

(1) 生活保護 担当課(福祉課) 電話(0566-95-0149) FAX( 0566-83-1141 )

メールアドレス([fukusi@city.chiryu.lg.jp](mailto:fukusi@city.chiryu.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               | 2024年度 | 2025年度 |
|--------------------|--------|--------|
| 相談件数 (A)           | 154 件  | 147 件  |
| (A)のうち申請があった件数 (B) | 103 件  | 99 件   |
| (B)のうち保護開始となった件数   | 67 件   | 74 件   |

②利用(受給)世帯数と人数

| 質問項目      | 2025年4月分 | 2026年4月分 |
|-----------|----------|----------|
| 世帯数       | 288 世帯   | 280 世帯   |
| うち、外国人世帯数 | 13 世帯    | 12 世帯    |
| 人数        | 371 人    | 352 人    |
| うち、外国人人数  | 24 人     | 18 人     |
| 保護率       | 5.10%    | 4.84%    |

※以下は市のみお答えください

③扶養照会

| 質問項目                              | 2024年度 | 2025年度 |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 1) 扶養照会したケース数                     | 23 件   | 74 件   |
| 2) 扶養照会した扶養義務者数                   | 63 人   | 119 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生活保護担当職員

1) ケースワーカーの人数

|           | 正規職員数(内女性) | 生保担当の<br>平均在任年数 | 非正規職員数(内女性) |
|-----------|------------|-----------------|-------------|
| 2025年4月現在 | 4人( 1人)    | 年 9ヵ月           | 0人( 0人)     |
| 2026年4月現在 | 4人( 1人)    | 1年 9ヵ月          | 0人( 0人)     |

※正規職員には暫定再任用職員(フルタイム)を含む

※非正規職員をケースワーカーとして配置している理由をご記入ください。

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

2) 社会福祉主事の資格がない職員数(2026年4月現在)

| 社会福祉主事の<br>資格がない職員数 | 正規職員 | 非正規職員 |
|---------------------|------|-------|
|                     | 0人   | 0人    |

3) 1ケースワーカー当たりの世帯数・人数

|           | 世帯数  | 人数     |
|-----------|------|--------|
| 2025年4月現在 | 72世帯 | 92.75人 |
| 2026年4月現在 | 70世帯 | 88人    |

4) 専門職としての採用(2026年4月現在)

専門職としての採用がありますか。 ( )あり (○)なし

5) 生活保護担当部署に配置されている会計年度任用職員について

| 職種        | フル・パートの別 | 人数 |
|-----------|----------|----|
| 就労支援員     | 会計年度任用職員 | 2人 |
| (レセプト点検員) | 員        | 1人 |
| (庶務)      | 会計年度任用職員 | 1人 |
|           | 員        |    |
|           | 会計年度任用職員 |    |
|           | 員        |    |

(2) 生活困窮者支援 担当課(福祉課) 電話(0566-95-0150)FAX( 0566-83-1141 )  
メールアドレス(fukusi@city.chiryu.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        |     | 委託   | 1    | 社会福祉協議会 |
| 住居確保一時金窓口     |     | 委託   | 1    | 社会福祉協議会 |
| シェルター(一時生活支援) | 実施  | 借上   | 3    | 民間宿泊施設  |
| 地域居住支援        | 未実施 |      |      |         |
| 就労準備支援        | 未実施 |      |      |         |
| 就労訓練          | 未実施 |      |      |         |
| 家計改善支援        | 実施  | 委託   | 1    | 社会福祉協議会 |
| 子どもの学習・生活支援   | 実施  | 委託   | 1    | NPO 法人  |
| 町村の相談支援       | 未実施 | -    |      | -       |
| その他( )        | 未実施 |      |      |         |

※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

|                 |               | 2024年度 | 2025年度 |
|-----------------|---------------|--------|--------|
| 新規相談受付件数        |               | 124    | 129    |
| プラン作成件数         |               | 96     | 129    |
| 就労支援対象者数        |               | 19     | 21     |
| 事業等<br>利用<br>件数 | 住居確保給付金       | 15     | 13     |
|                 | シェルター(一時生活支援) | 2      | 2      |
|                 | 地域居住支援        | -      | -      |
|                 | 就労準備支援        | -      | -      |
|                 | 就労訓練          | -      | -      |
|                 | 家計改善支援        | 17     | 8      |
|                 | 子どもの学習・生活支援   | 19     | 25     |
|                 | 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(福祉課)電話(0566-95-0150)

FAX(0566-83-1141) メールアドレス(fukusi@city.chiryu.lg.jp)

①自治体独自の低所得世帯・高齢者世帯等へのエアコン購入費助成事業がありますか。

※国の住宅省エネキャンペーン、子育てグリーン住宅支援などは除く。

(○)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。

| 対象者      | 助成の有無 | 助成額         | 2025年度助成実績 |          |
|----------|-------|-------------|------------|----------|
|          |       |             | 件数         | 金額       |
| 生活保護利用世帯 |       |             |            |          |
| 高齢者世帯    |       |             |            |          |
| 住民税非課税世帯 | ○     | 上限 91,000 円 | 1 件        | 84,800 円 |
| その他( )   |       |             |            |          |

(4)女性相談支援員の配置 担当課(地域活動推進課)電話(0566-95-0144)

FAX( 0566-83-1141 ) メールアドレス(chiiki-suishin@city.chiryu.lg.jp)

①困難女性支援法に基づく女性相談支援員の配置状況

|              | 正規  | 非正規 | 合計  |
|--------------|-----|-----|-----|
| 2026 年 4 月現在 | 0 人 | 1 人 | 1 人 |

#### 4. 福祉医療など 担当課(国保医療課)電話(0566-95-0151)FAX( 0566-83-1141 )

メールアドレス(kokuho-iryo@city.chiryu.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、2025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)

(改定内容)

- (3) 子ども医療費助成について、仮に愛知県が2026年度から18歳年度末まで助成していた場合、2026年度予算で試算すると、貴市町村の負担はいくら軽減されますか。

( 261,470,000)円 軽減される

#### 5. 子どもの権利保障

- (1) 子どもの権利を守る施策

担当課(福祉課、こども家庭課)電話(福祉課 0566-95-0150、こども家庭課 0566-95-0162)FAX

(0566-83-1141)

メールアドレス(福祉課 fukusi@city.chiryu.lg.jp、こども家庭課 kodomo-katei@city.chiryu.lg.jp)

- ①教育・学習支援 (○)実施 ( )未実施

|                             | 2025年度実績    | 2026年度予算    |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| カ所数                         | 1 カ所        | 1 カ所        |
| 人数                          | 25 人        | 24 人        |
| 実施時期(○月～○月等)                | 4月～3月       | 4月～3月       |
| 実施日等<br>(週○回、毎週○曜日等)        | 毎週水曜日       | 毎週水曜日       |
| 1人の子どもが利用可能な<br>1年度あたりの実施回数 | 年 48 回      | 年 48 回      |
| 対象者の学年                      | 中学1年生～高校3年生 | 中学1年生～高校3年生 |

※実施している場合の具体的な内容や対象者の要件等をご記入ください。

市内の生活保護世帯、生活困窮者世帯又は児童扶養手当受給世帯に属する学習支援の必要性のある中学生及び高校生

- ②「無料塾」、「こども食堂」への支援

- 1)「無料塾」への支援 (○)実施 ( )未実施

2025年度実績 ( )カ所( )人、決算額( )円

2026年度予算 ( )カ所( )人、予算額( )円

※支援内容を具体的にご記入ください。

情報交換の機会の提供等

- 2)「こども食堂」への支援 (○)実施 ( )未実施

2025年度実績 ( )カ所( )人、決算額( )円

2026年度予算 ( )カ所( )人、予算額( )円

※支援内容を具体的にご記入ください。

**助成制度等の情報展開、情報交換の機会の提供等**

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 → 設置施設名( **知立市こども家庭センター** )  
 → 設置している部署名( **こども家庭課、健康増進課** )

| 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    | <b>1</b>  | <b>a</b>   | 専任・ <b>兼務</b> |               |
| 統括支援員    | <b>2</b>  | <b>a</b>   | 専任・ <b>兼務</b> | <b>保健師免許</b>  |
| 子ども家庭支援員 | <b>2</b>  | <b>h</b>   | 専任・ <b>兼務</b> | <b>保育士免許等</b> |
| 虐待対応専門員  | <b>1</b>  | <b>h</b>   | 専任・ <b>兼務</b> | <b>教員免許</b>   |
| 保健師      | <b>10</b> | <b>a・h</b> | <b>専任・兼務</b>  | <b>保健師免許</b>  |
| 心理担当職員   |           |            | 専任・兼務         |               |
| その他( )   | <b>2</b>  | <b>h</b>   | <b>専任・兼務</b>  | <b>助産師免許</b>  |

※任用形態はa正規職員、bフルタイム再任用職員、c短時間再任用職員、d任期付職員、e短時間任期付職員、f臨時職員、gフルタイム会計年度任用職員、hパートタイム会計年度任用職員、i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

- 庶務を担う機関(調整機関)の設置部署( **こども家庭課** )
- 職員体制 全体( **6** )人 うち正規職員( **3** )人 →うち専任( )人・兼任( **3** )人  
 正規職員以外( **3** )人 →うち専任( )人・兼任( **3** )人

(2)就学援助

担当課(**学校教育課**)電話(**0566-95-0136**)FAX( **0566-83-1141** )  
 メールアドレス(**gakko@city.chiryu.lg.jp**)

※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。

|      | 2025年度                 | 2026年度                 |
|------|------------------------|------------------------|
| 受給者数 | <b>483</b> 人           | <b>368</b> 人           |
| 受給割合 | <b>8.5%</b>            | <b>6.5%</b>            |
| 支給額  | <b>35,100,345</b><br>円 | <b>43,876,000</b><br>円 |

※受給割合は、小数点第1位までご記入ください。  
 ※2026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。→ 2025年4月以降の変更は ( )ある ( ☒ )ない

生活保護基準額の( )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(**兄弟扶養手当設定に係る所得基準額の1.1倍を目安に基準を設けている**)

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) … ( **2,706,000** )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) … ( **3,542,000** )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 → 2025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(**新入学児童生徒の学用品費、転入学生生徒学用品費** )

- 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

(3)義務教育無償化

担当課(教育庶務課、学校教育課)電話(0566-81-3761、0566-95-0136)FAX(0566-81-3767)、  
0566-83-1141)

メールアドレス(教育庶務課 kyushoku@city.chiryu.lg.jp、学校教育課 gakko@city.chiryu.lg.jp)

①学校給食費の補助・減免（就学援助家庭への減免は除く）

1)児童・生徒一人あたりの学校給食費（月額の場合は1食あたりの推計でご記入ください。）

| 区分      | 2025年度   |          | 2026年度   |          |
|---------|----------|----------|----------|----------|
|         | 小学校(円/食) | 中学校(円/食) | 小学校(円/食) | 中学校(円/食) |
| 保護者負担額  | 250      | 280      | 0        | 280      |
| 公費負担額   | 52       | 87       | 330      | 110      |
| うち国の交付金 | 47       | 79       | 0        | 0        |
| うち県支出金  | 0        | 0        | 305      | 0        |
| うち一般財源  | 5        | 8        | 25       | 110      |
| 計       | 302      | 367      | 330      | 390      |

※「国の交付金」は物価高騰対策重点支援地方創生臨時交付金の活用を想定しており、「県支出金」は学校給食費の抜本的な負担軽減に伴う公立学校給食費負担軽減補助金を想定しています。

2)一般財源により市町村独自の補助・減免を行っていますか。（例：半額補助、第2子以降無料など）

→ 2025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)国の重点支援地方交付金を活用した時限的な補助・減免を行っていますか。

☒ 補助・減免を行っている ☐ 検討中 ☐ 行っていない

※補助・減免を行っている場合は、具体的な期間・内容をご記入ください。

(実施期間) 令和4年4月～令和9年3月

(実施内容) 令和4年度から続いている食材費の高騰分に関して公費負担を継続しています。

②教材費・修学旅行費・制服代等義務教育全体の無償化（就学援助家庭への減免は除く）

下記の項目について、補助している項目に○印と補助内容等をご記入ください。

| 補助項目   | 実施の有無<br>※実施の場合○印 | 備考(補助内容・要件等) |
|--------|-------------------|--------------|
| 入学準備金  |                   |              |
| 教材費    |                   |              |
| 校外活動費  |                   |              |
| 修学旅行費  |                   |              |
| 制服代    |                   |              |
| 卒業アルバム |                   |              |
| その他    |                   |              |

(4) 保育施設等の給食について

担当課(保育支援課) 電話(0566-95-0121) FAX( 0566-83-1141 )

メールアドレス(hoiku-shien@city.chiryu.lg.jp)

① 3歳以上児の子ども一人あたりの給食費 (1食あたりの場合は月額額の推計でご記入ください。)

| 区分      | 2025年度   |          | 2026年度   |          |
|---------|----------|----------|----------|----------|
|         | 主食費(円/月) | 副食費(円/月) | 主食費(円/月) | 副食費(円/月) |
| 保護者負担額  | 600      | 4500     | 600      | 4500     |
| 公費負担額   |          |          |          |          |
| うち国の交付金 |          |          |          |          |
| うち県支出金  |          |          |          |          |
| うち一般財源  |          |          |          |          |
| 計       | 600      | 4500     | 600      | 4500     |

※「国の交付金」は物価高騰対策重点支援地方創生臨時交付金の活用を想定しています。

② 一般財源により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。

→ 2025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 国の重点支援地方交付金を活用した時限的な補助・減免を行っていますか。

( )補助・減免を行っている ( )検討中 (○)行っていない

※補助・減免を行っている場合は、具体的な期間・内容をご記入ください。

|        |   |   |   |   |   |
|--------|---|---|---|---|---|
| (実施期間) | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| (実施内容) |   |   |   |   |   |

④ 保育所・幼保連携型認定こども園において給食の外部搬入を行っていますか。

( )行っている施設がある (○)行っている施設はない

※行っている施設がある場合は、以下の表の該当する欄に○をご記入ください。

|        | 公立施設  |       |       | 民間施設  |       |       |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|        | 全ての施設 | 一部の施設 | 対象の年齢 | 全ての施設 | 一部の施設 | 対象の年齢 |
| 満3歳以上児 |       |       | 3・4・5 |       |       | 3・4・5 |
| 満3歳未満児 |       |       | 0・1・2 | —     | —     | —     |

(5) 保育

担当課(保育支援課) 電話(0566-95-0121) FAX( 0566-83-1141 )

メールアドレス(hoiku-shien@city.chiryu.lg.jp)

① 保育施設の数 (2026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<br>※保育所型認定こども園・へき地保育所を含む |                | 10   | 1    |
| 認定こども園                         | 幼保連携型          |      | 2    |
|                                | 幼稚園型           |      |      |
|                                | 保育所型(認可保育所と重複) |      |      |
|                                | 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      |      | 2    |
|                                | 小規模保育事業B型      |      |      |
|                                | 小規模保育事業C型      |      |      |



( )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。

**障がい児と保育の状況の把握をして、公認心理師のアドバイスのもとに人員配置や保育の見直し、他機関との連携や状況把握**

⑥ 保育所における付加的保育・付加的サービスの実施状況について

1) 付加的保育(上乗せ徴収を伴う英語、体操、リトミック、水泳、スポーツ、絵画等)の実施施設がありますか。

( )ある → ( )施設 (○)ない

※実施施設がある場合、事前協議や確認・指導等、市町村としての対応を行っていますか。

(該当する全部を選択してください。)

( )事前協議の実施 ( )監査等における実施状況の確認や行政指導

( )苦情・相談対応 ( )その他の対応 ( )特に対応していない

※実施施設がある場合、具体的な内容や上乗せ徴収額をご記入ください。

(実施施設や内容が多数ある場合は一覧表の添付等でも構いません。)

|         |          |     |
|---------|----------|-----|
| ①(実施内容) | (上乗せ徴収額) | 円/回 |
| ②(実施内容) | (上乗せ徴収額) | 円/回 |
| ③(実施内容) | (上乗せ徴収額) | 円/回 |

2) 付加的サービス(直接契約による英語、体操、水泳、ピアノ、スポーツ、リトミック等)の実施状況について把握していますか。(該当する全部を選択してください。)

( )実施施設数を把握している → ( )施設

( )実施内容を把握している ( )料金設定を把握している

( )自治体への報告・届出を求めている ( )指導監査等において実施状況を確認している

(○)上記のいずれも把握していない

⑦ 保育施設におけるスポットワーク(いわゆるスキマバイト)の利用を把握していますか。

( )している → ( )カ所の施設で利用している (○)していない

1) 把握している場合、その把握方法を具体的にご記入ください。

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

2) 把握している場合、以下の状況があった際に指導・指摘等の対象としていますか。

( )スポットワークの保育士を最低基準上の保育士定数の一部に充てている場合

( )組・グループの保育をスポットワークの保育士のみで行っている場合

( )スポットワークの保育士を長期かつ継続的に利用している場合

( )その他( )の場合 ( )特にしていない

⑧ 保育士の離職防止や保育士確保のために市町村独自の施策や工夫を行っていますか。

(○)市町村独自のとりくみを行っている ( )特に行っていない

※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。

**大学生を対象とした保育補助者の雇用することにより、当市への採用につながる取組みを実施しています。**

⑨ こども誰でも通園制度(乳児等通園支援事業)について

1) 実施施設

公立保育所(1)カ所 公立幼稚園( )カ所 公立認定こども園( )カ所

民間保育所( )カ所 民間幼稚園( )カ所 民間認定こども園( )カ所  
2) 2026年4月から8月までの利用実績

|        | 4月 | 5月 | 6月   | 7月 | 8月 |
|--------|----|----|------|----|----|
| 給付認定者数 | 30 | 6  | 4    | 5  | 2  |
| 申込者数   | 10 | 10 | 22   | 27 | 25 |
| 利用者数   | 10 | 10 | 22   | 27 | 25 |
| 利用総時間数 | 20 | 19 | 43.5 | 54 | 50 |

3) 事業に対する指導監査・勧告・命令等について

( ) 事業単独で実施 ( ) 事業施設の指導監査と同時に実施  
( ) 外部委託 (○) 検討中

4) 事業に対して自治体独自で運営費、利用料等の補助を行っていますか。

( ) 行っている ( ) 検討中 (○) 行っていない

※行っている、または検討中の場合、その内容について具体的にご記入ください。

5) 事業を実施する上で困難となっていることがあれば具体的にご記入ください。

他自治体居住児の居住地への連携

6) 事業実施施設についてご記入ください。

(実施施設や内容が多数ある場合は一覧表の添付等でも構いません。)

| 施設名   | 実施方法<br>・一般型(在園児合同)<br>・一般型(専用室実施)<br>・余裕活用型 | 実施日時                                    | 実施対象(年齢)<br>および定員           | 職員配置<br>・正規保育士<br>・非正規保育士<br>・乳児等通園<br>支援従事者 |
|-------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
| 逢妻保育園 | 一般型(専用室実施)                                   | 平日<br>9時～11時<br>及び13時<br>30分～15<br>時30分 | 年齢:生後6か月<br>～2歳<br>定員:各時間3人 | ・専任非正規<br>保育士1名<br>・兼任正規保育<br>士              |
|       |                                              |                                         |                             |                                              |
|       |                                              |                                         |                             |                                              |

⑩ 保育所等における3歳未満児の利用者負担額(保育料)について

1) 3歳未満児の利用者負担額(保育料)

※国の基準の階層と異なる階層を設定している場合は枠を増やすなどでご対応ください。

自治体で作成している一覧表等があれば添付してください。

| 国の基準 |                       |                        |             |                | 市町村の利用者負担額(保育料)        |                       |            |             |                |  |
|------|-----------------------|------------------------|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|------------|-------------|----------------|--|
| 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                |            |             | 0 円            |  |
| ②    | 市<br>町<br>村<br>民<br>税 | 非課税世帯                  |             | 0 円            |                        | 市<br>町<br>村<br>民<br>税 | 非課税世帯      |             | 0 円            |  |
| ③    |                       | 所得<br>割<br>課<br>税<br>額 | 48,600 円未満  | 19,500 円       | 所得<br>割<br>課<br>税<br>額 |                       | 0 円        | 7,400 円     |                |  |
| ④    |                       |                        | 97,000 円未満  | 30,000 円       |                        |                       | 10,000 円未満 | 8,000 円     |                |  |
| ⑤    |                       |                        | 169,000 円未満 | 44,500 円       |                        |                       | 48,600 円未満 | 9,000 円     |                |  |
| ⑥    |                       |                        | 301,000 円未満 | 61,000 円       |                        |                       | 58,200 円未満 | 10,000 円    |                |  |
| ⑦    |                       |                        | 397,000 円未満 | 80,000 円       |                        |                       | 67,900 円未満 | 11,900 円    |                |  |
| ⑧    |                       |                        | 397,000 円以上 | 104,000 円      |                        |                       | 77,600 円未満 | 14,200 円    |                |  |
|      |                       |                        |             |                |                        |                       |            | 87,300 円未満  | 18,400 円       |  |
|      |                       |                        |             |                |                        |                       |            | 102,700 円未満 | 23,900 円       |  |
|      |                       |                        |             |                |                        |                       |            | 119,800 円未満 | 29,800 円       |  |
|      |                       |                        |             |                |                        | 137,000 円未満           |            | 37,100 円    |                |  |
|      |                       |                        |             |                |                        |                       |            |             |                |  |

|  |  |  |             |          |
|--|--|--|-------------|----------|
|  |  |  | 154,200 円未満 | 41,900 円 |
|  |  |  | 173,000 円未満 | 43,900 円 |
|  |  |  | 185,700 円未満 | 44,600 円 |
|  |  |  | 257,500 円未満 | 45,600 円 |
|  |  |  | 257,500 円以上 | 46,000 円 |

2) 利用者負担額(保育料)がある場合、多子世帯への軽減を行っていますか。

(○)行っている ( ) 検討中 ( )行っていない

※行っている、または検討中の場合は、具体的な内容をご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (実施時期) <b>令和7年10月～(第2子に関して)</b><br>(対象となる子ども) ※世帯・子どもの範囲(○歳以降第○子)など具体的に<br><b>①すべての世帯・18歳までの子から数えて第3番目以降の子ども</b><br><b>②国基準で第4階層以下の世帯・18歳までの子から数えて第2番目の子ども</b><br><b>③国基準で第5・6階層の世帯・18歳までの子から数えて第2番目の子ども</b><br><b>④国基準で第7階層以上の世帯・同時就園で第2番目の子ども</b><br>(軽減の内容)<br><b>①無償化</b><br><b>②無償化</b><br><b>③半額</b><br><b>④半額</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3) ひとり親世帯への軽減等、その他の軽減を行っていますか。

(○)行っている ( ) 検討中 ( )行っていない

※行っている、または検討中の場合は、具体的な内容をご記入ください。

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>所得割の額が 77, 100 円未満の世帯は 1, 600 円となります。</b> |
|----------------------------------------------|

**6. 障害者施策** 担当課(**福祉課、保育支援課(4)①のみ**) 電話(**0566-95-0118、0566-95-0121**) FAX(**0566-83-1141**)

メールアドレス(**fukusi@city.chiryu.lg.jp、hoiku-shien@city.chiryu.lg.jp**)

(1) 自治体独自の障害者手当

→2025年4月以降の変更は ( )ある (○)ない

変更がある場合、その変更内容と理由をご記入ください。

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

(2) 暮らしの場の拡充について

①入所施設の状況をご記入ください。

|            | 2025年7月現在 | 2026年7月現在 | 対前年比(%) |
|------------|-----------|-----------|---------|
| 入所施設設置数    | 0         | 0         | —       |
| 入所待機者数     | 0         | 0         | —       |
| 施設入所支援決定者数 | 25        | 25        | —       |

※複数施設の待機者は、名寄せしてご記入ください。

②グループホームの状況をご記入ください。

1) 施設整備状況

|                     | 2025年7月現在 | 2026年7月現在 | 対前年比(%) |
|---------------------|-----------|-----------|---------|
| グループホーム設置数          | 4         | 4         | 100     |
| 共同生活援助支給決定数         | 87        | 91        | 104     |
| 日中サービス支援型共同生活援助事業所数 | 1         | 1         | 100     |
| グループホーム 1) 公営       | 0         | 0         | —       |

|        |            |   |   |     |
|--------|------------|---|---|-----|
| ムの運営法人 | 2) 社会福祉法人  | 2 | 2 | 100 |
|        | 3) 非営利活動法人 | 0 | 0 | -   |
|        | 4) 営利法人    | 2 | 2 | 100 |

2) グループホームへの自治体独自補助がありますか。

( ☒ )ある ( ☐ )ない ( ☐ )検討中

ある場合、補助内容をご記入ください。※要綱があれば添付してください。

障害者共同生活援助事業支援金支給要綱による

③短期入所の状況について

1) 短期入所の利用状況についてご記入ください。

| 短期入所支給者数      |               |              | 最多支給<br>日数 | 平均支給<br>日数 | 年間180日以上利用可<br>とする支給者数 |               |
|---------------|---------------|--------------|------------|------------|------------------------|---------------|
| 2025年<br>7月現在 | 2026年<br>7月現在 | 前年同月比<br>(%) |            |            | 2025年<br>7月現在          | 2026年<br>7月現在 |
| 42            | 40            | 95%          | 16         | 5          | 1                      | 1             |

2) 短期入所を180日以上利用可としている主な理由をご記入ください。

重症心身障害者であり、家族の介護負担が大きいため。

(3) 訪問系各サービス

①各サービスの事業所数・支給状況をご記入ください。

| サービス       | 事業所数          |               |                  | 支給者数(人)       |               |                  | 最多支給<br>時間数   | 平均支給<br>時間数   |
|------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|
|            | 2025年<br>7月現在 | 2026年<br>7月現在 | 前年<br>同月比<br>(%) | 2025年<br>7月現在 | 2026年<br>7月現在 | 前年<br>同月比<br>(%) | 2026年<br>7月現在 | 2026年<br>7月現在 |
| 居宅介護       | 6             | 6             | 100              | 57            | 58            | 101              | 99.5          | 18            |
| 重度訪問<br>介護 | 5             | 5             | 100              | 3             | 3             | 100              | 651           | 238           |
| 行動援護       | 0             | 0             | -                | 9             | 15            | 166              | 42            | 14            |
| 同行援護       | 2             | 1             | 50               | 13            | 13            | 100              | 32            | 10            |

地域生活支援事業

|      |    |    |     |    |    |    |    |     |
|------|----|----|-----|----|----|----|----|-----|
| 移動支援 | 27 | 29 | 107 | 35 | 32 | 91 | 30 | 9.5 |
|------|----|----|-----|----|----|----|----|-----|

※最多支給時間は2026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移動支援の単価について

1) 1時間支援をした場合報酬単価

(身体介護あり 4,020 円、身体介護なし 1,970 円、その他 なし)

2) 2026年度 ( ☐ )引き上げた ( ☐ )引き下げた ( ☒ )変更していない

3) 2027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することがあればご記入ください。

(4) 障害児の保育・療育への接続について

①2026年4月時点での障害児入園希望者数 希望者 ( 62 )人 待機者 ( 0 )人

②障害児の相談支援専門員対応状況

1) 相談・計画につながっている家庭 ( 257 )人 セルフプランとなっている家庭 ( 1 )人

2) 自治体としてセルフプランとなっている家庭への対策をご記入ください。

保護者から相談があった際に必要な機関につなげることができるよう、余裕をもった対応をする。

(5) 障害者・児虐待について

|               | 養護者による<br>障害者・児虐待 |        | 障害者・児福祉施設従事者<br>等による障害者・児虐待 |        |
|---------------|-------------------|--------|-----------------------------|--------|
|               | 2024年度            | 2025年度 | 2024年度                      | 2025年度 |
| 市町村等への相談・通報件数 | 5                 | 4      | 4                           | 2      |
| 市町村等による虐待判断件数 | 1                 | 0      | 0                           | 0      |
| 被虐待者数         | 1                 | 0      | 0                           | 0      |

(6) 介護保険利用を優先することについて

① 要介護認定の申請をせず、障害福祉サービスの更新申請への対応について

( ☒ ) 変更なし ( ☐ ) 変更あり

変更ありの場合は理由をご記入ください。

② 要介護認定を受けずに、障害福祉サービスを継続利用する場合の対応について

( ☒ ) 変更なし ( ☐ ) 変更あり

変更がある場合は理由をご記入ください。

(7) 障害福祉計画について

① 7月1日現在の2027年からの障害福祉計画の策定について

( ☐ ) すでに策定した ( ☒ ) 検討中

② 事業所の総量規制について

( ☐ ) 計画がある ( ☒ ) 計画はない ( ☐ ) 検討中

計画があるまたは検討中の場合、どの事業の計画があるか、また理由をご記入ください。

|       |  |
|-------|--|
| 事業所類型 |  |
| 理由    |  |

7. 任意予防接種の助成 担当課(健康増進課) 電話(0566-82-8211) FAX(0566-83-6591)

メールアドレス(kenko-zosin@city.chiryu.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<br>(1回) | 自己負担<br>(1回) | 助成開始または予定年月 |
|--------------------------|---------|-------------|--------------|-------------|
| 子どものインフルエンザ<br>(フルミスト以外) | 実施していない | 円           | 円            |             |
| 子どものインフルエンザ<br>(フルミスト)   | 実施していない | 円           | 円            |             |
| おたふくかぜ                   | 実施していない | 円           | 円            |             |
| HPVワクチン<br>(18歳以下の男性)    | 実施していない | 円           | 円            |             |
| 高齢者のRSウイルス<br>ワクチン       | 実施していない | 円           | 円            |             |

(2) 高齢者用肺炎球菌ワクチン・带状疱疹ワクチン

① 高齢者用肺炎球菌ワクチン・带状疱疹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<br>(1回) | 自己負担<br>(1回)                           | 助成開始または予定年月 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|-------------|
| 带状疱疹ワクチン | (定期)<br>過去に带状疱疹予防接種を受けたことがない人で、年度末年齢65、70、75、80、85、90、95歳及び100歳の人<br>接種日時時点で60歳以上65 | 円           | 生ワクチン<br>2,500 円<br>組換えワクチン<br>(1回につき) |             |

|          |      |                                                                                                                                                     |                                                    |         |        |
|----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|--------|
|          |      | 歳未満であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをする人                                                                                                  |                                                    | 6,500 円 |        |
|          | (任意) | 過去に带状疱疹予防接種を受けたことがない人で、定期予防接種対象者以外で年度末年齢66歳以上の人                                                                                                     | 生ワクチン<br>4,000 円<br>組換えワクチン<br>(1回につき)<br>10,000 円 | 円       | 令和7年6月 |
| 高齢者用肺炎球菌 | (定期) | 過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがない人で、該当年度に65歳になる人<br>60歳以上65歳未満であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいをする人及び、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをする人 | 円                                                  | 3,500 円 |        |
|          | (任意) | 実施していない(令和6年度で終了)                                                                                                                                   | 円                                                  | 円       |        |

②高齢者肺炎球菌ワクチンの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(健康増進課)電話(0566-82-8211)FAX( 0566-83-6591 )**  
**メールアドレス(kenko-zosin@city.chiryu.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回実施。令和5年4月より産後健診の助成を2回に拡充しています。

(2)5歳児健診を実施していますか。

( )実施(予定)している … 開始(予定)年月(          年          月)  
(○)実施していない

**9. 地域の保健・医療 担当課(健康増進課)電話(0566-82-8211)FAX( 0566-83-6591 )**  
**メールアドレス(kenko-zosin@city.chiryu.lg.jp)**

(1)今年度の公立病院の経営形態の見直し等の検討について

→見直しの検討がありますか。( )あり ( )なし (○)該当しない  
見直しの検討がある場合、検討内容をご記入ください。

(2)自治体独自の医師、看護師等医療従事者の確保対策や奨学金制度の内容について

→2025年4月以降に内容の変更がありますか。( )あり (○)なし  
変更がある場合、改定内容をご記入ください。

確保対策:

奨学金制度:

【2】国または愛知県に対して市町村独自に提出した意見書・要望書の提出年月日をご記入ください。

※議会が提出した意見書に加えて、市町村独自に提出した要望書も含めてください。

※提出した意見書・要望書には、全国市長会・町村会など他市町村と合同で要望したものは含みませんが、市町村独自に、多項目の要望の中に、下記の要望項目が含まれている場合は、提出した意見書・要望書に含めてください。

※2025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 |        |
|-----|------------------------------------|-------|--------|
|     |                                    | 議会意見書 | 当局要望書等 |
| 国   | ① 国民健康保険の国庫負担引き上げ等                 | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ② 最低保障年金の実現、マクロ経済スライド廃止等           | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ③ 介護保険制度の改善                        | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ④ 介護・福祉労働者の夜勤労働環境の改善               | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑤ 介護・福祉労働者の処遇改善                    | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑥ 加齢性難聴者に対する補聴器購入助成制度の実施           | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑦ 子どもの医療費無料制度の創設                   | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑧ 小中学校の給食費無償化(給食費の抜本的な負担軽減の拡充等を含む) | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑨ 障害者・児の「暮らしの場」の拡充等                | 年 月 日 | 年 月 日  |
| 愛知県 | ① 国民健康保険への支援                       | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ② 加齢性難聴者に対する補聴器購入助成の実施             | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ③ 子ども医療費助成制度の拡充                    | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ④ 学校給食費無償化のための補助制度の新設              | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑤ 地域に必要な病床を確保                      | 年 月 日 | 年 月 日  |
|     | ⑥ 公定価格で働く職員の処遇改善                   | 年 月 日 | 年 月 日  |

※2025年9月以降に【1】に関する国・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。