

貴自治体名( 長久手市 )

懇談日時 10 月 20 日( 火 ) ( 午前 ) ・ 午後 10 時 30 分～ 11 時 30 分

懇談会場 長久手市 エコハウス 多目的室 ※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( 長寿課 )電話( 0561-56-0613 )FAX( 0561-63-2940 )  
メールアドレス( chouju@nagakute.aichi.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) |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 273,000,000 円               | 未定                               | － %                           |
| 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)             | 10,555 人      | 10,731 人      | 10,956 人      |
| 次年度決算繰越金 (B)             | 17,443,923 円  | 103,416,603 円 | 117,269,516 円 |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A)         | 1,652 円       | 9,637 円       | 10,704 円      |
| 年度末準備基金保有額 (C)           | 551,756,450 円 | 443,082,613 円 | 394,236,952 円 |
| 繰越金＋基金保有額(D)             | 569,200,373 円 | 546,499,216 円 | 511,506,468 円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保有額」 (D)／(A) | 53,927 円      | 50,927 円      | 46,687 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

- ・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    | 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。

(○)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。

主たる生計維持者が事業又は業務の休止若しくは廃止、事業における著しい損失、失業等又は干ばつ、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、主たる生計維持者の当該年中の合計所得金額の見込額が前年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場合、減免申請日以後に到来する6以内の納期限(同日の属する年度又はその翌年度に属するものに限る。)に係る納付額の合計額の100分の50に相当する額を減免する。

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    | 4件       | 1件      |
| 保険料減免の金額実績 | 61,900 円 | 4,400 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     | 52     | 66     |
|         | 保険料滞納者延べ件数    | 169    | 187    |
| 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      | 1      |
|         | 差押え件数合計       | 0      | 1      |

(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 ( ) がある (○) 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。

( ) がある → 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。(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

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

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 ( ) がある

※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    | 件      | 件      |
| 利用料減免の金額実績 | 円      | 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。 ( 71 ) 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   | 20    | 21    | 91    | 79    | 1,176(月)       | 1,176(月)                    |
| 生活支援型訪問A<br>(緩和した基準) | -     | -     | -     | -     | - ( )          | - ( )                       |
| 現行の通所介護<br>相当の通所介護   | 32    | 32    | 257   | 253   | 1,798(月)       | 1,798(月)                    |
| 通所型サービスA<br>(緩和した基準) | -     | 1     | -     | 0     | -( )           | ・事業費<br>2,000 円(1<br>人・1 回) |

|                      |   |   |    |   |                            |                                                         |
|----------------------|---|---|----|---|----------------------------|---------------------------------------------------------|
|                      |   |   |    |   |                            | ・送迎<br>500 円(1<br>人・1 回)<br>・家賃<br>15,000 円<br>(1 月)    |
| 通所型サービスC<br>(短期集中予防) | 2 | 2 | 11 | 8 | 51,500 円<br>(5 人体制)<br>(回) | 51,500 円<br>(5 人体<br>制)、<br>94,200 円<br>(10 人体<br>制)(回) |

(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。( 5 )人(令和8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( )人 待機者数( )人 ( 年 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      | 4<br>( )     | 158<br>( ) | 4<br>( ) | 158<br>( ) | 4<br>( ) | 158<br>( ) |
| 介護老人保健施設       | 2<br>( )     | 100<br>( ) | 2<br>( ) | 100<br>( ) | 2<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 | 2<br>( )     | 158<br>( ) | 2<br>( ) | 158<br>( ) | 2<br>( ) | 158<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 | 1   | 29  |
| 住宅型有料老人ホーム  | 9   | 264 |

(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                     | 3     | 0              |     |
| 介護老人保健施設  | 2         | 2                     | 0     | 0              |     |
| グループホーム   | 3         | 2                     | 1     | 0              |     |
| 小規模多機能    | 1         | 1                     | 0     | 0              |     |

|          |   |   |   |   |  |
|----------|---|---|---|---|--|
| 看護小規模多機能 | 1 | 0 | 1 | 0 |  |
| 短期入所     | 4 | 2 | 2 | 0 |  |

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                 | 3     | 0          |     |
| 介護老人保健施設  | 2                 | 0     | 0          |     |
| グループホーム   | 2                 | 1     | 0          |     |
| 小規模多機能    | 1                 | 0     | 0          |     |
| 看護小規模多機能  | 0                 | 1     | 0          |     |
| 短期入所      | 2                 | 2     | 0          |     |

(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 3 人 ( )できない
- ②計画策定委員の公募枠 (○)ある → 公募枠( 2 )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( Next-i 株式会社 )  
( )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 |
|     |     |     | 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 **安心安全課**
- 2) 高齢者タクシー代助成 ( )ある (○)ない ( )検討中 **長寿課**
- 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 (①②○)検討中 **①安心安全課、②長寿課**

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①・令和9年4月よりデマンド型交通の実施を検討中。<br>・運転免許証を自主返納した 65 歳以上の高齢者に対し、Nーバスの無料乗車券の交付を検討中。<br>②サービス・活動 D |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|

- 4) 地域公共交通会議は設置されていますか。 **長寿課**  
(○)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  
(○) R9 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

虐待のみ福祉政策課

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)          |                    | 10 件     |     |
| (A)のうち虐待と判断<br>した件数 |                    | 4 件      |     |

(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         | 0 件                                   | 0 件                        |
| 認知症        |                                       |                            |
| その他<br>( ) |                                       |                            |

※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( 1,113 )枚、2025年度( 1,144 )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( 1,093 )件、2025年度( 1,108 )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、(要支援2)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、(要支援2)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( 保険医療課 ) 電話( 0561-56-0618 ) FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( iryo@nagakute.aichi.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                     | × (10.09)% | × (10.39)% | +0.3%  |
| 均等割                     | 40,700円    | 43,400円    | 2,700円 |
| 平等割                     | 26,400円    | 27,400円    | 1,000円 |
| 1人当たり調定額<br>(平均保険料)※予算額 | 122,626円   | 128,594円   | 5,968円 |

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. 21)% | × (2. 21)% | 0  |
| 均等割 | 11, 900円   | 11, 900円   | 0  |
| 平等割 | 5, 900円    | 5, 900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, 200円    |
| 平等割 | —      | 700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 | 309, 700<br>円 | 331, 000<br>円 | 21, 300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          | 91, 100円      | 98, 100円      | 7, 000円  |
| 3   | 単身世帯(70歳代)、所得0円<br>※7割軽減世帯                                   | 20, 000円      | 21, 800円      | 1, 800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               | 124, 600<br>円 | 133, 600<br>円 | 9, 000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    | 予算 9, 155円 | 予算 6, 330 円 |
| ※2025年は予算・決算、2026年は予算 | 決算 5, 573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  | 17, 526, 170円 |
| ひとり親医療費助成制度 | 813, 599円     |
| 合計          | 18, 339, 769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)        | 7, 742人            | 7, 559人            | 7, 476人            |
| 次年度決算繰越金 (B)     | 81, 038, 386円      | 35, 571, 608円      | 73, 144, 163円      |
| 1人当たり繰越金 (B)／(A) | 10, 467円           | 4, 706円            | 9, 784円            |
| 年度末準備基金保有額 (C)   | 113, 832, 730<br>円 | 96, 299, 523円      | 76, 794, 480円      |
| 1人当たり保有額 (C)／(A) | 14, 703円           | 12, 740円           | 10, 272円           |
| 繰越金＋基金保有額(D)     | 194, 871, 116<br>円 | 131, 871, 131<br>円 | 149, 938, 643<br>円 |
| 1人当たり「繰越金＋基金保有   | 25, 171円           | 17, 446円           | 20, 056円           |

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| 額」 (D) / (A) |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

(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    | 818件          | 一件     |
| 保険料減免の金額実績 | 12, 756, 400円 | ー円     |

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    | 一件     | 一件     |
| 保険料減免の金額実績 | ー円     | ー円     |

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: 世帯主(擬制世帯主を含む。)及び被保険者の総所得金額及び山林所得金額の合計額)が 510 万円以下<br>当年合計所得見込額: 世帯主(擬制世帯主を含む。)及び被保険者の総所得金額及び山林所得金額の合計見込額<br>当年合計所得見込額の減少要件割合: 前年中における総所得金額等の2分の1以下に減少すると認められるとき<br>減免割合 所得割額の 最小( 3 )割～最高( 10 )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    | 11件       | 22件          |
| 保険料減免の金額実績 | 615, 200円 | 1, 597, 900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            | 7, 650      | 7, 567      |
| 世帯数              | 5, 159      | 5, 172      |
| 滞納世帯数            | 324(現年度分のみ) | 466(現年度分のみ) |
| 特別療養費支給対象世帯数(※1) | 0           | 0           |
| 留め置き世帯数(※2)      | 0           | 0           |
| 未交付・未更新世帯数(※3)   | 0           | 0           |

※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 **収納課**

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 ( )ある (○)ない

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

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   |          | 不明          | 不明     |
|          | 差押え件数    | 68          | 78     |
|          | 件数<br>内訳 | 給与          | 29     |
|          |          | 不動産         | 0      |
|          |          | 預貯金         | 37     |
|          |          | 生命保険(内学資保険) | 1      |
|          |          | その他         | 11     |
| 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           | 1      |
|          | 許可件数     | 0           | 1      |
|          | 職権件数     | 0           | 0      |
| 滞納処分の停止  | 適用件数     | 52          | 28     |
|          | 件数<br>内訳 | 無資力         | 10     |
|          |          | 生活保護        | 5      |
|          |          | 生活困窮        |        |
|          |          | 所在不明        | 12     |
|          |          | その他         | 0      |

(4) 一部負担減免制度 **保険医療課**

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   | 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) 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。

特になし。

- (6) 国保運営協議会 → 2025年4月以降の変更は ( ) がある (○) 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 ( 1 ) 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( **0561-56-0640** ) FAX( **0561-63-2100** )  
メールアドレス( **fukushi@nagakute.aichi.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)           | 83件    | 104件   |
| (A)のうち申請があった件数 (B) | 52件    | 45件    |
| (B)のうち保護開始となった件数   | 44件    | 41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       | 125世帯    | 136世帯    |
| うち、外国人世帯数 | 4世帯      | 3世帯      |
| 人数        | 141人     | 157人     |
| うち、外国人人数  | 4人       | 3人       |
| 保護率       | 0. 23%   | 0. 25%   |

※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                     | 117件   | 108件   |
| 2) 扶養照会した扶養義務者数                   | 340人   | 326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 | 1人     | 2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 | 2人( 1人)    | 0年 6カ月          | 0人( 0人)     |
| 2026年4月現在 | 2人( 1人)    | 1年 6カ月          | 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   | 2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 | 62. 5世帯 | 70. 5人 |
| 2026年4月現在 | 67. 5世帯 | 77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 | 時間額 | 1人 |
| 面接相談員 | 月額  | 1人 |
| ( )   |     | 人  |

(2)生活困窮者支援 担当課( **福祉課** )電話( 0561-56-0640 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( [fukushi@nagakute.aichi.jp](mailto:fukushi@nagakute.aichi.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    | 社協   |
| 住居確保一時金窓口     |     | 委託   | 1    | 社協   |
| シェルター(一時生活支援) | 実施  | 委託   | 2    | 株式会社 |
| 地域居住支援        | 未実施 | —    | —    | —    |
| 就労準備支援        | 実施  | 委託   | 1    | 株式会社 |
| 就労訓練          | 未実施 | —    | —    | —    |
| 家計改善支援        | 実施  | 委託   | 1    | 社協   |
| 子どもの学習・生活支援   | 実施  | 委託   | 1    | 株式会社 |
| 町村の相談支援       | 未実施 | —    | —    | —    |
| 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

|          | 2024年度        | 2025年度 |
|----------|---------------|--------|
| 新規相談受付件数 | 128           | 114    |
| プラン作成件数  | 13            | 12     |
| 就労支援対象者数 | 11            | 10     |
| 事業等利用件数  | 住居確保給付金       | 3      |
|          | シェルター(一時生活支援) | 0      |
|          | 地域居住支援        | —      |
|          | 就労準備支援        | 0      |
|          | 就労訓練          | —      |
|          | 家計改善支援        | 3      |
|          | 子どもの学習・生活支援   | 33     |
|          | 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( **福祉課** )電話( 0561-56-0640 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( [fukushi@nagakute.aichi.jp](mailto:fukushi@nagakute.aichi.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 |       |     |            |    |

|        |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|
| その他( ) |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|

(4) 女性相談支援員の配置 担当課( )電話( )  
FAX( ) メールアドレス( )

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 | 人  | 人   | 人  |

4. 福祉医療など 担当課( 保険医療課 )電話( 0561-56-0617 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( iryo@nagakute.aichi.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。  
( 約395, 845千 )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( 子ども家庭課 )電話( 0561-56-0633 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( katei@nagakute.aichi.jp )

① 教育・学習支援 (○)実施 ( )未実施

※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。

|                               | 2025年度実績                                                                     | 2026年度予算                               |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| カ所数                           | 4 カ所                                                                         | 2 カ所                                   |
| 人数                            | 事業 A(2 か所) 250 人<br>事業 B(2 か所) 1,218 人                                       | 事業 A(2 か所) 人                           |
| 実施時期(○月～○月等)                  | 事業 A(2 か所):<br>2025 年 7 月～2026 年 3 月<br>事業 B(2 か所):<br>2025 年 6 月～2026 年 2 月 | 事業 A(2 か所):<br>2026 年 6 月～2027 年 2 月   |
| 実施日等<br>(週○回、毎週○曜日等)          | 事業 A(2 か所):<br>毎週土曜日、夏休み、冬休み<br>事業 B(2 か所):<br>毎週月曜日から金曜日までの<br>うち 1 日       | 事業 A(2 か所):<br>毎週月曜日から金曜日までの<br>うち 1 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 | —                                                                            | —                                      |

|        |                                                                  |                                |
|--------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 対象者の学年 | 事業 A(2 箇所):<br>小学 1 年生～小学 6 年生<br>事業 B(2 箇所):<br>小学 4 年生～小学 6 年生 | 事業 A(2 箇所):<br>小学 4 年生～小学 6 年生 |
|--------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

対象者の要件:生活保護受給世帯、ひとり親世帯、生活困窮者自立支援事業による支援が必要な世帯、就学援助受給世帯

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。

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

- 2)「こども食堂」への支援 (○)実施 ( )未実施  
 2025年度実績 ( 4 )カ所( )人、決算額( 354,000 )円  
 2026年度予算 ( - )カ所( )人、予算額( 1,817,000 )円  
 ※支援内容を具体的にご記入ください。

2025年度:食材費など必要対象経費の全額補助(補助額上限1回1万円、1団体20万円)

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(1)カ所 → 設置施設名( こども家庭センター )  
 → 設置している部署名( 市役所本庁舎2階 子ども家庭課 )

| 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                        | 1     | a1人    | 専任・兼務 | 保健師          |
| 統括支援員                        | 1     | a1人    | 専任・兼務 | 保健師          |
| 子ども家庭支援員                     | 2     | g2人    | 専任・兼務 | 社会福祉士、社会福祉主事 |
| 虐待対応専門員                      | 2     | a2人    | 専任・兼務 | 保健師、社会福祉士    |
| 保健師                          | 4     | a4人    | 専任・兼務 | 保健師          |
| 心理担当職員                       |       |        | 専任・兼務 |              |
| その他(母子保健<br>コーディネーター、<br>事務) | 5     | g3人a2人 | 専任・兼務 | 保健師、精神保健福祉士  |

※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( 市役所本庁2階 子ども家庭課 )  
 職員体制 全体( 8 )人 うち正規職員( 6 )人 →うち専任( 4 )人・兼任( 2 )人  
 正規職員以外( 2 )人 →うち専任( 2 )人・兼任( )人

(2)就学援助

担当課( 教育総務課 )電話( 0561-56-0625 )FAX( 0561-62-1451 )

メールアドレス( kyoiku@nagakute.aichi.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 | 357人         | 336人         |
| 受給割合 | 5. 5%        | 5. 1%        |
| 支給額  | 35,031,013 円 | 35,288,410 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( 1.35 )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) … ( 約246万 )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) … ( 約328万 )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( )

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

(○)その他(就学援助の対象とせず、就学援助受給世帯からは掛け金を徴収していない。)

(3)義務教育無償化

担当課( **給食センター** )電話( **0561-62-3910** )FAX( **0561-62-5029** )

メールアドレス( **kyushoku@nagakute.aichi.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      | 290      | 0        | 290      |
| 公費負担額   | 60       | 60       | 330      | 90       |
| うち国の交付金 | 40       | 40       | 25       | 70       |
| うち県支出金  |          |          | 305      | 0        |
| うち一般財源  | 20       | 20       | 0        | 20       |
| 計       | 310      | 350      | 330      | 380      |

※「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。

小学校は国の交付金と県支出金を使用して保護者負担金を0円としています。中学校では国の交付金を1食当たり70円使用してもなお不足する部分について、一般財源から1食当たり20円を支出しています。

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) 2026年4月～ 2027年3月

(実施内容) 小学校は県支出金を使用してもなお不足する部分に25円を国の交付金を使用しています。中学校では一般財源から1食当たり20円を支出してもなお不足する部分について、国

の交付金を1食当たり70円支出しています。

- 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。教育総務課

| 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( 子ども未来課 )電話( 0561-56-0615 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( kosodate@nagakute.aichi.jp )

- ①3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のご記入ください。）

| 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  | 各施設により異なる<br>(公営保育所は、4,500 円/月)                                                                     | 各施設により異なる<br>(公営保育所は、700 円/月) | 各施設により異なる<br>(公営保育所は、4,500 円/月) | 各施設により異なる<br>(公営保育所は、700 円/月) |
| 公費負担額   | 各施設により異なる<br>※民営保育所:愛知県の補助制度に基づき補助を実施(各施設における物価高騰による給食費の影響額等により公費負担金額は異なる)<br>※公営保育所:県補助対象外のため全額市負担 |                               | 未定                              |                               |
| うち国の交付金 | 各施設により異なる<br>※愛知県の補助制度における市負担額に充当                                                                   |                               | 未定                              |                               |
| うち県支出金  | 各施設により異なる<br>※愛知県の補助制度に基づき県が支出                                                                      |                               | 未定                              |                               |
| うち一般財源  | 各施設により異なる<br>※公営保育所は県補助対象外のため全額市負担                                                                  |                               | 未定                              |                               |
| 計       | 各施設により異なる                                                                                           |                               | 未定                              |                               |

- ※「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) 令和7年4月～令和8年3月

(実施内容) 物価高騰に伴う給食費の事業者負担分(給食実施延児童数に1食100円(下半期分は170円)を乗じて得た額) ※愛知県の補助制度に基づき補助を実施

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 |       | ○     | ①・②   | —     | —     | —     |

(5) 保育

担当課( **子ども未来課** )電話( **0561-56-0615** )FAX( **0561-63-2100** )

メールアドレス( **kosodate@nagakute.aichi.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 |                | 6    | 7    |
| 認定こども園                         | 幼保連携型          | 0    | 0    |
|                                | 幼稚園型           | 0    | 0    |
|                                | 保育所型(認可保育所と重複) | 0    | 0    |
|                                | 地方裁量型          | 0    | 0    |
| 地域型保育事業                        | 家庭的保育事業        | 0    | 1    |
|                                | 小規模保育事業A型      | 0    | 5    |
|                                | 小規模保育事業B型      | 0    | 0    |
|                                | 小規模保育事業C型      | 0    | 0    |
|                                | 事業所内保育所事業      | 0    | 1    |
|                                | 居宅訪問型保育事業      | 0    | 0    |
| 認可外保育施設                        | 全体数            | 0    | 19   |
|                                | 指導監督基準を満たさない施設 | 0    | 0    |
|                                | 企業主導型保育事業      | 0    | 9    |

②保育士1人あたりの児童数(運営上の保育士配置)

|           | 0歳児 | 1歳児                  | 2歳児 | 3歳児  | 4歳児  | 5歳児  |
|-----------|-----|----------------------|-----|------|------|------|
| 国の保育士配置基準 | 3:1 | 6:1                  | 6:1 | 15:1 | 25:1 | 25:1 |
| 公立施設の基準   | 3:1 | 4:1                  | 6:1 | 15:1 | 25:1 | 25:1 |
| 民間施設の基準   | 3:1 | 6:1<br>(一部の民間施設は4:1) | 6:1 | 15:1 | 25:1 | 25:1 |

③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。

※2025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。）  
（ ）（ ）年（ ）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。

④保護者が育児休業を取得する際のきょうだいの子の退園（いわゆる育休退園）行っていますか。

（○）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

1)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、今後の見通しをご記入ください。

0～1歳児クラスのこどもを対象として実施（3歳児クラス以上のこどもについては集団保育の必要性などから継続入園可）

2)育休退園を行っている場合、育休退園となった子どもの延べ人数とその内訳

|        | 延べ人数 | 0歳児 | 1歳児 | 2歳児 | その他 |
|--------|------|-----|-----|-----|-----|
| 2024年度 | 14   | 3   | 4   | 7   | 0   |
| 2025年度 | 5    | 0   | 5   | 0   | 0   |

3)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。

保護者の育児休業取得により長久手市の認可保育施設を退所し、就労を理由として再度保育を希望する場合は調整指数（+1）を設けている

⑤保育施設等に対する指導監査における実地検査について

1)保育士等、現場経験のある専門家は同行していますか。

（○）保育士が同行している（ ）その他の専門家が同行している（ ）同行していない  
※その他の専門家が同行している場合、具体的にご記入ください。

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。

適切な保育を実施するため、上記施設に限らず、家庭的保育施設や事業所型保育施設等も含め各保育施設からの相談（発育で気になるこどもがいる等）等必要に応じて随時でも訪問し、職員からの聞き取りや保育の指導等を実施している。

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 ※把握しておりません

※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 → ( ) 力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。

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

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( 0 )カ所 公立認定こども園( 0 )カ所

民間保育所( 0 )カ所 民間幼稚園( 0 )カ所 民間認定こども園( 0 )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 | 74 | 94 | 118 | 137 | 146<br>※R8.8.12<br>時点 |
| 申込者数   | 不明 | 不明 | 不明  | 不明  | 不明                    |
| 利用者数   | 1  | 4  | 17  | 27  | 不明                    |
| 利用総時間数 | 10 | 37 | 106 | 143 | 不明                    |

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。

|               |
|---------------|
| 保育人材不足、実施施設不足 |
|---------------|

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

|                    |            |                                            |                    |            |
|--------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------|------------|
| 長久手市立乳児等通園支援事業所    | 一般型(専用室実施) | 月～金(年末年始等除く)<br>9:00-12:00、<br>13:00-16:00 | 0歳6か月から2歳まで<br>10人 | 乳児等通園支援従事者 |
| 一時保育室<br>HOME ながくて | 一般型(在園児合同) | 月～金(年末年始等除く)<br>9:30-14:30                 | 0歳6か月から2歳まで<br>6人  | 乳児等通園支援従事者 |
|                    |            |                                            |                    |            |

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            | 「長久手市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の保育料に関する規則」参照 |                |
| ②    | 非課税世帯             |             | 0 円            |                                        |                |
| ③    | 市町村<br>所得割<br>課税額 | 48,600 円未満  | 19,500 円       |                                        |                |
| ④    |                   | 97,000 円未満  | 30,000 円       |                                        |                |
| ⑤    |                   | 169,000 円未満 | 44,500 円       |                                        |                |
| ⑥    |                   | 301,000 円未満 | 61,000 円       |                                        |                |
| ⑦    |                   | 397,000 円未満 | 80,000 円       |                                        |                |
| ⑧    |                   | 397,000 円以上 | 104,000 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。

「長久手市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の保育料に関する規則」参照

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。

「長久手市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の保育料に関する規則」参照

6. 障害者施策 担当課( **福祉課** )電話( 0561-56-0640 )FAX( 0561-63-2100 )

メールアドレス( [fukushi@nagakute.aichi.jp](mailto:fukushi@nagakute.aichi.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     | 把握していない   | 把握していない   |         |
| 施設入所支援決定者数 | 18        | 18        | 100     |

※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          |            | 6  | 6  | 100 |
| 共同生活援助支給決定数         |            | 79 | 87 | 110 |
| 日中サービス支援型共同生活援助事業所数 |            | 1  | 1  | 100 |
| グループホームの運営法人        | 1) 公営      | 0  | 0  |     |
|                     | 2) 社会福祉法人  | 1  | 1  | 100 |
|                     | 3) 非営利活動法人 | 2  | 2  | 100 |
|                     | 4) 営利法人    | 3  | 3  | 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。

### 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      |               |              | 最多支給日数 | 平均支給日数 | 年間180日以上利用可とする支給者数 |               |
|---------------|---------------|--------------|--------|--------|--------------------|---------------|
| 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 |
| 64            | 70            | 109.3        | 31日    | 7.3    | 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。

家庭環境に問題があるため。

### (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              | 94            | 97            | 103.1            | 83.5          | 24.8          |
| 重度訪問<br>介護 | 4             | 4             | 100              | 6             | 6             | 100              | 698.5         | 229.4         |
| 行動援護       | 2             | 2             | 100              | 10            | 8             | 80               | 29.5          | 8.5           |
| 同行援護       | 2             | 2             | 100              | 11            | 8             | 72.7             | 67            | 27.5          |

#### 地域生活支援事業

|      |   |   |     |    |    |    |    |      |
|------|---|---|-----|----|----|----|----|------|
| 移動支援 | 4 | 4 | 100 | 81 | 65 | 80 | 30 | 15.6 |
|------|---|---|-----|----|----|----|----|------|

※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 4,000 円、身体介護なし 2,050 円、その他 円)

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

#### ①子ども未来課

①2026年4月時点での障害児入園希望者数 希望者 (3(保育のみ))人 待機者 (3(保育のみ))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 ( 506 )人          セルフプランとなっている家庭( 46 )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。

受給者証の更新の際などに、セルフプランから相談支援への移行を保護者に促している。  
 またセルフプランであっても、通所先の事業所や、市、社会福祉協議会等に相談することが可能なことを保護者に伝えている。

(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 | 0                 | 9      | 2                           | 1      |
| 市町村等による虐待判断件数 | 0                 | 2      | 1                           | 0      |
| 被虐待者数         | 0                 | 2      | 1                           | 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( **健康推進課** )電話( 0561-63-3300 )FAX( 0561-63-1900 )  
 メールアドレス( [kenkou@nagakute.aichi.jp](mailto:kenkou@nagakute.aichi.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) |        | 円           | 円            |             |
| 子どものインフルエンザ<br>(フルミスト)   |        | 円           | 円            |             |
| おたふくかぜ                   |        | 円           | 円            |             |
| HPVワクチン<br>(18歳以下の男性)    |        | 円           | 円            |             |
| 高齢者のRSウイルス<br>ワクチン       |        | 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) 65,70,75,80,85,90,95,100 歳 | 円           | 不活化<br>7,000 円<br>生 2,500 円 | /           |

|              |      |               |                               |         |            |
|--------------|------|---------------|-------------------------------|---------|------------|
|              | (任意) | 50 歳以上 64 歳まで | 不活化<br>10,000 円、<br>生 4,000 円 | 円       | 令和 6 年 7 月 |
| 高齢者用肺炎<br>球菌 | (定期) | 65 歳          | 円                             | 3,500 円 |            |
|              | (任意) |               | 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( 子ども家庭課 )電話( 0561-56-0210 )FAX( 0561-63-2100 )  
メールアドレス( katei@nagakute.aichi.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(1 回開始年月:平成28年4月、2 回開始年月:令和 5 年 4 月)

(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( 令和9年 月)  
( )実施していない

9. 地域の保健・医療 担当課( 健康推進課 )電話( 0561-63-3300 )FAX( 0561-63-1900 )  
メールアドレス( kenkou@nagakute.aichi.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:未実施  
奨学金制度:未実施

【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。

保険医療課、長寿課、健康推進課、福祉課、給食センター、教育総務課

|   | 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<br>知<br>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。