

# 御浜町犯罪被害者等支援施策集

令和 3 年 1 0 月 1 日作成

| 支援内容               |                                       | 相談窓口 |       | 電話番号         | ページ数 | 備考 |
|--------------------|---------------------------------------|------|-------|--------------|------|----|
| 全般                 | 相談・総合的対応窓口                            | 2階   | 総務課   | 05979-3-0505 | 1    |    |
| 遺族                 | 遺族基礎年金（国民年金）                          | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 2    |    |
|                    | 寡婦年金（国民年金）                            | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 2    |    |
|                    | 死亡一時金（国民年金）                           | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 3    |    |
| 遺族・<br>重傷病         | 国民健康保険・後期高齢者医療制度（葬祭費、移送費、第三者行為、高額療養費） | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 4    |    |
|                    | 犯罪被害者等支援金                             | 2階   | 総務課   | 05979-3-0505 | 5    |    |
| 障害が<br>残った被害者      | 特別障害者手当                               | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 6    |    |
|                    | 身体障害者手帳の交付                            | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 6    |    |
|                    | 障害基礎年金（国民年金）                          | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 7    |    |
|                    | 障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく支援                 | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 8    |    |
|                    | 障害者住宅改修費の給付                           | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 8    |    |
|                    | 特別児童扶養手当                              | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 9    |    |
|                    | 障害児福祉手当                               | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 10   |    |
|                    | 療育手帳の交付                               | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 10   |    |
| ST/DV              | 住民基本台帳事務における支援措置                      | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 11   |    |
|                    | DV被害者の国民健康保険住民登録外加入                   | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 11   |    |
|                    | 女性相談員事業                               | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 12   |    |
|                    | 母子生活支援施設への入所                          | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 12   |    |
| 精神                 | 精神障害者保健福祉手帳の交付                        | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 13   |    |
| 医療                 | 自立支援医療制度                              | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 14   |    |
|                    | 福祉医療費助成制度                             | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 15   |    |
| ひとり<br>親家庭         | 母子父子寡婦福祉貸金貸付金                         | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 16   |    |
|                    | 高等職業訓練促進費等事業                          | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 16   |    |
|                    | 母子家庭自立支援給付金及び父子家庭自立支援給付金              | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 17   |    |
|                    | 児童扶養手当                                | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 17   |    |
|                    | ひとり親家庭高等学校卒業程度認定支援合格支援事業              | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 18   |    |
|                    | ひとり親家庭等家庭生活支援員派遣事業                    | 1階   | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 18   |    |
| 子育て<br>支援・児童<br>虐待 | 家庭児童相談事業                              | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 19   |    |
|                    | 児童手当                                  | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 19   |    |
|                    | 一時保育（一時預かり）事業                         | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 20   |    |
|                    | ファミリー・サポート・センター                       | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 20   |    |
|                    | 放課後児童クラブ（学童保育）                        | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0508 | 21   |    |
| 就学<br>支援           | 要保護及び準要保護児童生徒援助費                      | 3階   | 教育委員会 | 05979-3-0526 | 22   |    |
|                    | 新入学用品準備金の入学前支給                        | 3階   | 教育委員会 | 05979-3-0526 | 22   |    |

| 支援内容      |                          | 相談窓口 |       | 電話番号         | ページ数 | 備考 |
|-----------|--------------------------|------|-------|--------------|------|----|
| 各種<br>相談  | 無料弁護士相談                  | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 23   |    |
|           | 人権相談事業                   | 1 階  | 住民課   | 05979-3-0512 | 23   |    |
| 介護・<br>保護 | 福祉全般相談                   | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 24   |    |
|           | 健康相談                     | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0511 | 24   |    |
|           | 高齢者・介護に関する相談（地域包括支援センター） | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0514 | 25   |    |
|           | 高齢者虐待防止事業                | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0514 | 25   |    |
|           | 生活保護制度                   | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 26   |    |
|           | 生活困窮者自立支援事業              | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0515 | 27   |    |
|           | 税の猶予（町税等）                | 1 階  | 税務課   | 05979-3-0510 | 28   |    |
|           | 障害者虐待防止事業                | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0514 | 29   |    |
|           | 成年後見制度利用支援事業             | 1 階  | 健康福祉課 | 05979-3-0514 | 29   |    |

【事業名】

相談・総合的対応窓口

【実施主体】

御浜町

住 所

担当部署等の名

電 話

総務課

05979-3-0505

【事業の内容】

1. 概要

被害に遭われた方々からのあらゆる相談・問合せに対応して、町庁内関係部局や県、他市町、警察、その他関係機関や団体に関する情報提供・橋渡しを行うなど、総合的な対応を行います。

2. 相談等受付時間

月曜～金曜 8:30～17:15(祝日、年末年始を除く)

3. 相談方法

電 話 05979-3-0505

来 所 南牟婁郡御浜町阿田和6120-1  
総務課

|                                                                                                                                                                                                                      |         |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 遺族基礎年金(国民年金)                                                                                                                                                                                                         |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>遺族基礎年金は、国民年金の被保険者等であった方が、受給要件を満たしている場合、亡くなられた方によって生計を維持されていた「子※のある配偶者」または「子※」が、遺族基礎年金を受け取ることができます。<br><br>※子とは次の者に限ります<br>・死亡当時18歳到達年度の末日(3月31日)を経過していない子<br>・20歳未満で障害年金の障害等級1級または2級の子<br>・婚姻していないこと  |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 寡婦年金(国民年金)                                                                                                                                                                                                           |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>第1号被保険者として保険料を納めた期間(免除期間を含む)が10年以上※1ある夫※2が亡くなった時に、10年以上継続して婚姻関係(事実婚を含む)にあり、生計を維持されていた妻に対して60歳から65歳になるまでの間支給されます。<br><br>※1 平成29年7月31日以前の死亡の場合、25年以上の期間が必要です。<br>※2 老齢基礎年金を受けていないこと、または障害基礎年金の受給権がないこと |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 死亡一時金(国民年金)                                                                                                                                                                                                                                                  |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>死亡一時金は、国民年金の第1号被保険者として保険料を納めた月数が36月以上ある方が、老齢基礎年金・障害基礎年金を受けることなく亡くなったときは、その方と生計を同じくしていた遺族（1配偶者、2子※、3父母、4孫、5祖父母、6兄弟姉妹の中で優先順位が高い方）が受けることができます。<br><br>※子とは次の者に限ります<br>・死亡当時18歳到達年度の末日(3月31日)を経過していない子<br>・20歳未満で障害年金の障害等級1級または2級の子<br>・婚姻していないこと |         |              |

【事業名】

国民健康保険・後期高齢者医療制度(葬祭費、移送費、第三者行為、高額療養費)

【実施主体】

御浜町

住 所

担当部署等の名 住民課

電 話

05979-3-0512

【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○

補助                  委託                  なし                  その他(                  )

【事業の内容】

国民健康保険及び後期高齢者医療制度加入者(会社の健康保険(健康保険組合・共済組合・船員保険など)に加入している方や、生活保護を受けている方以外の方)は、以下の制度が利用できます。

1. 亡くなられたとき(葬祭費)

亡くなった場合、葬儀を執り行った方に葬祭費が支給されます。

2. 移送されたとき(移送費)

病気やケガなどで歩行が困難な方で、医師の指示により治療上必要であり、緊急でやむをえず別の病院に移送したときなどに、移送に要した額が支給される場合があります。

3. 交通事故にあったとき

交通事故などの第三者の行為によりケガをした場合の治療費は、本来は加害者が負担すべきものですが、保険証を使って診療を受けることができます。

保険証を使って治療をする場合は、必ず住民課に届け出てください。

※治療費の内、保険給付分を町が加害者に請求しますので、遅くとも示談する前に、住民課に連絡・届出をしてください。

4. 医療費が高額になったとき(高額療養費)

1ヶ月の医療費の自己負担額が一定の額を超えた場合、申請により、自己負担限度額※を超えた分が高額療養費として後から支給されます。

ただし、入院中の食事代や保険がきかない差額ベッド代、歯科の自由診療などは対象になりません。

※自己負担限度額は、70歳未満の方、70歳以上75歳未満の方、75歳以上の方で、また、所得区分によっても異なります。詳しくは住民課にお問い合わせください。

【事業名】

犯罪被害者等支援金

【実施主体】

住 所

三重県

担当部署等の名

総務課

電 話

05979-3-0505

【町の関与】

※町以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

（その他）

取り次ぎ

）

【事業の内容】

犯罪被害者等の被害直後における経済的負担の軽減を図るため、故意の犯罪行為により不慮の死を遂げた方のご遺族又は重傷病を負い、若しくは、精神療養が必要となった犯罪被害者の方に対して、支援金を給付します。



|                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
| 特別障害者手当                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                         | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  (その他) 申請受付事務                  )                                                                                                                                                |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 目的<br>精神又は身体に著しく重度の障がい有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする特別障がい者に対して、重度の障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障がい者の福祉の向上を図ることを目的としています。<br><br>2. 支給要件<br>精神又は身体に著しく重度の障がい有するため、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある在宅の20歳以上の者に支給されます。                              |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
| 身体障害者手帳の交付                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                         | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  (その他) 申請受付・台帳管理                  )                                                                                                                                             |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 交付対象者<br>身体障害者福祉法別表に掲げる身体上の障がいがあるもの<br><br>※別表に定める障がいの種類（いずれも、一定以上で継続することが要件とされています。）<br>・ 視覚障害<br>・ 聴覚又は平衡機能の障害<br>・ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害<br>・ 肢体不自由<br>・ 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害<br>・ ぼうこう又は直腸の機能の障害<br>・ 小腸の機能の障害<br>・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害<br>・ 肝臓の機能の障害 |         |              |

【事業名】

障害基礎年金(国民年金)

【実施主体】

住 所

御浜町

担当部署等の名

住民課

電 話

05979-3-0512

【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

その他( )

【事業の内容】

国民年金に加入している期間、もしくは、20歳前、または日本国内に住んでいる60歳以上65歳未満の方で、年金制度に加入していない期間に、初診日(障害の原因となった病気やケガについて、初めて医師または歯科医師の診療を受けた日)のある病気やケガで、法令により定められた障害等級表(1級・2級)による障がいの状態にあるときは障害基礎年金が支給されます。

※ 障害基礎年金を受けるためには、初診日の前日において、次のいずれかの要件を満たしていること(保険料納付要件)が必要です。ただし、20歳前の年金制度に加入していない期間に初診日がある場合は、納付要件はありません。

(1)初診日の前日に初診日がある月の前々月までの公的年金の加入期間の2/3以上の期間について、保険料が納付または免除されていること

(2)初診日において65歳未満であり、初診日の前日に初診日がある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないこと

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく支援                                                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                   | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)では、身体、知的、精神障がいといった障がいの区分がなくなりました。サービスは基本的にはどの障がいの方も利用できるようになっていきます。<br>居宅において生活の援助を行う居宅介護、施設において日中の支援を行う生活介護、就労に必要な支援を行う就労継続支援や、施設入所などがあります。また、障がい児が受けられるサービスとして、通所による療育を行う児童発達支援や、授業後などに支援を行う放課後等デイサービスがあります。 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 障害者住宅改修費の給付                                                                                                                                                                                                                                                         |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                   | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>障がいのある方の住宅環境を改善するため、訪問による住宅改造相談を通じて専門的助言指導を行うとともに住宅の改造に必要な経費を20万円を限度に助成します。<br><br>(注1)介護保険の対象となる方については、介護保険制度が優先され重複しての利用はできません。<br>(注2)所得により、助成率が異なります。                                                                                            |         |              |

【事業名】

特別児童扶養手当

【実施主体】

住 所

三重県

担当部署等の名

健康福祉課

電 話

05979-3-0508

【町の関与】

※町以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

その他

受付等事務

)

【事業の内容】

1. 目的

精神又は身体に障がいをもつ児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図ることを目的としています。

2. 支給要件

20歳未満で精神又は身体に障がいをもつ児童を家庭で監護、養育している父母等に支給されます。

|                                                                                                                                                                                                |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 障害児福祉手当                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                              | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  (その他)                  申請受付事務                  )                                                    |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 目的<br>重度障がい児に対して、その障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障がい児の福祉の向上を図ることを目的としています。<br><br>2. 支給要件<br>精神又は身体に重度の障がい有するため、日常生活において常時の介護を必要とする状態にある在宅の20歳未満の者に支給されます。 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 療育手帳の交付                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                              | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  (その他)                  申請受付・台帳管理                  )                                                 |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>知的な障がいのある方に一貫した相談、支援を行ったり、各種の福祉サービスを受けやすくするため、療育手帳を交付しています。<br>療育手帳は、児童相談所又は障害者相談支援センターにおいて知的障がいがあると判定された方に対して交付します。                                                            |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 住民基本台帳事務における支援措置                                                                                                                                                                                                                                             |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>配偶者からの暴力(DV)、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者(以下「DV等被害者」といいます。)の方については、市区町村に対して住民基本台帳事務におけるDV等支援措置(以下「DV等支援措置」といいます。)を申し出て、「DV等支援対象者」となることにより、加害者からの「住民基本台帳の一部の写しの閲覧」、「住民票(除票を含む)の写し等の交付」、「戸籍の附票(除票を含む)の写しの交付」の請求・申出があっても、これを制限する(拒否する)措置が講じられます。 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| DV被害者の国民健康保険住民登録外加入                                                                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 目的<br>住民登録地で国民健康保険または加害者の被扶養者として健康保険に加入している場合、医療費等通知等の送付によって、受診した医療機関等からDV被害者の居所等が加害者に知られる可能性があるため、住民登録地以外での国民健康保険への加入が認められています。<br><br>2. 対象者<br>DV被害により加害者から避難している者                                                                      |         |              |

|                                                                                                                                                                        |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                  |         |              |
| 女性相談員事業                                                                                                                                                                |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                      | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                        | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                        | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし <u>その他</u> 受付等事務                  )                                                          |         |              |
| 【事業の内容】<br>1. 目的<br>DV被害者からの相談や自立支援を行うため、相談に応じ女性相談員と連携をとります。<br>2. 相談等受付時間<br>月曜～金曜 8:30～17:15(祝日、年末年始を除く※ただし、緊急を要する場合は、適時対応)<br>3. 相談方法<br>来庁及び電話などによる相談              |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                  |         |              |
| 母子生活支援施設への入所                                                                                                                                                           |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                      | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                        | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                        | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託 <u>なし</u> その他(                  )                                                                                |         |              |
| 【事業の内容】<br>母子生活支援施設は、母子家庭のお母さんと子ども(18歳未満)と一緒に保護し、自立を促進する施設で県内に5ヶ所あります。<br>母子生活支援施設では生活、住宅、就職、教育など母子家庭がかかえるさまざまな問題の解決を図るため、相談、指導をしています。<br>入所を希望されるときは、県福祉事務所へおたずねください。 |         |              |

【事業名】

精神障害者保健福祉手帳の交付

【実施主体】

三重県

住 所

担当部署等の名 健康福祉課

電 話

05979-3-0515

【町の関与】 ※市以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

その他

申請受付事務

)

【事業の内容】

精神障害者保健福祉手帳は、一定程度の精神障がいの状態にあることを認定するものです。手帳の交付を受けられた方に対し、各方面の協力により各種のサービスが提供されることを促進し、精神障がい者の社会復帰・社会参加の促進を図ることを目的としています。

対象となる方：

何らかの精神疾患（てんかん、発達障がいなどを含みます）により、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方を対象としています。

※手帳を受けるためには、その精神疾患による初診から6ヶ月以上経過していることが必要になります。



【事業名】

自立支援医療制度

【実施主体】

御浜町

住 所

担当部署等の名

健康福祉課

電 話

05979-3-0515

【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

○その他(精神通院医療については申請受付事務等)

【事業の内容】

1. 目的

自立支援医療制度は、心身の障がい除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。原則1割負担で月額負担上限があります。

2. 対象者

①精神通院医療：精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者

②更生医療：身体障害者福祉法に基づき身体障害者手帳の交付を受けた者で、その障がい除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳以上)

③育成医療：身体に障がい有する児童で、その障がい除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳未満)

【事業名】

福祉医療費助成制度

【実施主体】

住 所

御浜町

担当部署等の名 健康福祉課

電 話 05979-3-0515

【町の関与】 ※市以外が実施主体の場合該当に○

補助 委託 なし その他( )

【事業の内容】

1 内容

- ・医療機関などで支払った金額のうち、保険適用となる医療費(入院・通院)です。精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方は、通院分のみ助成となります。
- ・ご加入の健康保険者の給付制度により高額療養費や付加給付金が発生する場合は、実際の給付の有無にかかわらずその分を差し引いた額となります。(高額療養費や付加給付金については、ご加入の健康保険者へ請求してください)
- ・小学校就学前(6歳年度末)の子どもが三重県内の医療機関など(医科、歯科、調剤薬局、訪問看護ステーション)を受診した際の窓口負担がなくなります。

(注意)一部、対応していない医療機関などがありますので、医療機関などへ確認のうえ受診してください。

2 対象者

① 障がい者医療費助成制度

御浜町に住所がある人で、次の1～3のすべてに該当する人

(注意)ただし、生活保護法による保護を受けている人は対象となりません。

1. 次のア～ウいずれかの認定を受けている方

ア. 身体障害者手帳【1級～3級】

イ. 知的障害の判定を受けたIQ50以下の方、または療育手帳【A1、A2、B1】

ウ. 精神障害者保健福祉手帳【1級】(※通院にかかる費用のみ)

2. 「国民健康保険」または「社会保険」、「後期高齢者医療保険」に加入している人

3. 本人及び配偶者及び扶養義務者の所得が、定められた所得制限額未満の人

② 一人親家庭等医療費助成制度

御浜町に住所がある人で、次の1～3のすべてに該当する人

(注意)ただし、生活保護法による保護を受けている人、福祉医療費(障がい者)を受給している人は、対象となりません。

1. 次のア～ウいずれかに該当する人

ア. 母子家庭で養育されている18歳未満の子(注意1)とその母

イ. 父子家庭で養育されている18歳未満の子(注意1)とその父

ウ. 父または母のいない18歳未満の子(注意1)とその養育者

(注意1)18歳に達する日以降の最初の3月31日までの子

2. 「国民健康保険」または「社会保険」に加入している人

3. 本人及び養育者及び扶養義務者などの所得が、定められた所得制限額未満の人

③ 子ども医療費助成制度

御浜町に住所がある人で、次の1～3のすべてに該当する人

(注意)ただし、生活保護法による保護を受けている人、福祉医療費(障がい者または一人親家庭等)を受給している人は、対象となりません。

1. 18歳未満(18歳に達する日以降の最初の3月31日まで)の子【高校卒業までの子】

2. 「国民健康保険」または「社会保険」に加入している人

3. 保護者(父及び母)の所得が、定められた所得制限額未満の人

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 母子父子寡婦福祉貸付金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし <u>その他</u> 受付等事務                  )                                                                                                                                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br>[目的]<br>配偶者のない女子及び男子で現に児童を扶養しているもの及び寡婦に対し、その経済的自立の助成と生活意欲の助長を図り、あわせて扶養している児童の福祉を増進するため、資金の貸付を行います。<br>[貸付金の種類等]<br>貸付の種類：<br>事業開始資金、修学資金等 12種類                                                                                                                                                                      |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 高等職業訓練促進費等事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし <u>その他</u> 受付等事務                  )                                                                                                                                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br>1. 概要<br>母子家庭の母又は父子家庭の父が看護師や介護福祉士等の資格取得のため、1年以上養成機関で修業する場合に、修業期間中の生活の負担軽減のために、高等職業訓練促進給付金が支給されるとともに、入学時の負担軽減のため、高等職業訓練修了支援給付金が支給されます。<br><br>2. 対象者<br>母子家庭の母又は父子家庭の父であって、現に児童(20歳に満たない者)を扶養し、以下の要件を全て満たす方<br>・児童扶養手当の支給を受けているか又は同等の所得水準にあること<br>・養成機関において1年以上のカリキュラムを修業し、対象資格の取得が見込まれること<br>・仕事または育児と修業の両立が困難であること |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |              |
| 母子家庭自立支援給付金及び父子家庭自立支援給付金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |              |
| 補助                  委託                  なし                  その他(                  受付等事務                  )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |              |
| 【事業の内容】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |              |
| <p>概要</p> <p>母子家庭の母又は父子家庭の父が、指定教育訓練講座を受講する場合や、資格取得のために養成機関等で受講する場合に、給付金や訓練促進費を支給することで、母子家庭の母又は父子家庭の父の主体的な能力開発の取組を支援します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |              |
| 児童扶養手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |              |
| 補助                  委託                  なし                  その他(                  受付等事務                  )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |              |
| 【事業の内容】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |              |
| <p>1. 目的</p> <p>児童の福祉の増進を図るため、父又は母と生計を同じくしていない児童を監護又は養育している者に対して、児童扶養手当を支給します。</p> <p>2. 支給要件</p> <p>18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童(障害のある場合は20歳未満)を監護又は養育している者で、児童が下記の条件にあてはまる場合支給されます。</p> <p>(1) 父又は母と生計を同一にしていない児童</p> <p>(離婚、父又は母死亡、1年以上遺棄、裁判所でDV保護命令を受けている、1年以上拘禁等)</p> <p>(2) 父又は母が重度の障害(国民年金の障害等級1級程度)にある児童</p> <p>但し、次の場合は、手当は支給されません。</p> <p>① 児童入所施設又は里親に措置委託されているとき</p> <p>② 父又は母の配偶者(内縁関係を含む)に養育されているとき</p> <p>(父又は母が障がい有する場合を除く)</p> <p>③ 受給者及び児童が日本国内に住所がないとき</p> |         |              |

|                                                                                                                              |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                        |         |              |
| ひとり親家庭高等学校卒業程度認定支援合格支援事業                                                                                                     |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br>補助            委託            なし <u>その他</u> 受付等事務            )                                      |         |              |
| 【事業の内容】<br>概要：<br>母子家庭の母又は父子家庭の父が、指定教育訓練講座を受講する場合や、資格取得のために養成機関等で受講する場合に、給付金や訓練促進費を支給することで、母子家庭の母又は父子家庭の父の主体的な能力開発の取組を支援します。 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                        |         |              |
| ひとり親家庭等家庭生活支援員派遣事業                                                                                                           |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br>補助 <u>委託</u> 御浜町社会福祉協議会            )            なし            その他                                 |         |              |
| 【事業の内容】<br>目的：<br>一時的に介護、保育等のサービスが必要な母子家庭若しくは父子家庭、又は寡婦に対し、家庭生活支援員を派遣し、必要な介護及び保育等を行います。                                       |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 家庭児童相談事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br>内容:<br>すべての子どもたちが健やかに成長することを願って、子どもたちとその家族に関するあらゆる相談に応じています。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 児童手当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br>1. 支給対象<br>中学校卒業まで(15歳の誕生日後の最初の3月31日まで)の児童を養育している方<br><br>2. 支給額(一人あたり月額)<br>3歳未満…一律15,000円<br>3歳以上…小学校修了前 10,000円(第3子以降は15,000円)<br>中学生…一律10,000円<br><br>※児童を養育している方の所得が所得制限限度額以上の場合は、特例給付として月額一律5,000円を支給します。(以下、児童手当と特例給付を合わせて「児童手当等」といいます。)<br>※「第3子以降」とは、高校卒業まで(18歳の誕生日後の最初の3月31日まで)の養育している児童のうち、3番目以降をいいます。<br><br>3. 支給時期<br>原則として、毎年6月、10月、2月に、それぞれの前月分までの手当を支給します。<br>例)6月の支給日には、2～5月分の手当を支給します。 |         |              |

|                                                                                                                                                                                                 |         |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                           |         |              |
| 一時保育(一時預かり)事業                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                               | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                 | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                 | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                              |         |              |
| 【事業の内容】<br>保護者の就労形態及び疾病等により、緊急一時的に保育を必要とする児童のための保育サービス(有料)です。<br><br>1. 非定期的保育サービス 保護者の仕事等により、週に何日か断続的に保育が必要な場合<br>2. 緊急的保育 保護者の疾病や冠婚葬祭等、一時的に保育が必要な場合<br>3. 私的理由 保護者の育児に伴う心理的・肉体的負担のために保育が必要な場合 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                           |         |              |
| ファミリーサポートセンター                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                               | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                 | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                 | 電 話     | 05979-3-0508 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  (委託) 御浜町社会福祉協議会                  )                  なし                  その他                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br>ファミリー・サポート・センターは、乳幼児や小学生等の児童を有する子育て中の労働者や主婦等を会員として、児童の預かりの援助を受けることを希望する者と当該援助を行うことを希望する者との相互援助活動に関する連絡、調整を行うものです。                                                                    |         |              |

【事業名】

放課後児童クラブ(学童保育)

【実施主体】

住 所

御浜町・NPO法人

担当部署等の名 健康福祉課

電 話

05979-3-0508

【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○

☒ 補助

☐ 委託

☐ なし

☒ その他

指定管理

)

【事業の内容】

保護者が労働などで昼間家庭にいない児童を対象に、放課後の時間帯に保護者の代わりに家庭的機能を補った生活の場を提供し、遊びや生活を通してその子どもの健全育成を図る目的として放課後児童クラブが設置されています。

放課後児童クラブでは、学校終了後や長期休暇(夏休みなど)に児童を預かり、放課後児童支援員等(指導員)の下、遊びなどを通して子どもの成長を促しています。なお、月々の会費、開設日および開設時間など、詳しい内容はお問い合わせください。



|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 要保護及び準要保護児童生徒援助費                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 教育委員会        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0526 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 目的<br>経済的な理由により、毎日の学習に必要な学用品等の購入や学校行事等の参加に必要な費用の支出が困難な保護者に対し、その費用を援助し、すべての児童生徒が義務教育を等しく受けることができるようにします。<br><br>2. 援助の対象となる児童生徒<br>(1) 要保護児童生徒<br>保護者が、現在、生活保護法の規定による保護を受けている児童生徒です。<br>(2) 準要保護児童生徒<br>保護者が、現在、経済的に生活保護法の規定による保護を受けている世帯に準ずる程度に困窮していると認められる児童生徒です。 |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
| 新入学用品準備金の入学前支給                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 担当部署等の名 | 教育委員会        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電 話     | 05979-3-0526 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                   |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>小中学校に入学する児童生徒の保護者で経済的に困っている人に対して、入学前に就学援助の新入学用品準備金を支給します。<br><br>対象：<br>町内に在住で、子どもが町内の小中学校に入学予定の保護者で、経済的に生活保護法の規定による保護を受けている世帯に準ずる程度に困窮していると認められる場合。                                                                                                                  |         |              |

|                                                                                                                    |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                              |         |              |
| 無料弁護士相談                                                                                                            |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                  | 住 所     |              |
|                                                                                                                    | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                    | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  ) |         |              |
| 【事業の内容】<br>概要：<br>法律に関する専門的な知識を要する相談に対し、弁護士が無料で相談に応じます。<br>相談には予約が必要です。                                            |         |              |

  

|                                                                                                                    |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                              |         |              |
| 人権相談事業                                                                                                             |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                  | 住 所     |              |
|                                                                                                                    | 担当部署等の名 | 住民課          |
|                                                                                                                    | 電 話     | 05979-3-0512 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  ) |         |              |
| 【事業の内容】<br>目的：<br>人権問題などでお悩みの方に、助言や専門機関の紹介などを行い、相談者の自主的な解決を支援する相談を実施しています。                                         |         |              |

|                                                                                                                                                              |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                        |         |              |
| 福祉全般相談                                                                                                                                                       |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助      委託      なし      その他(      )                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br>概要：<br>総合相談窓口として、健康福祉課・社会福祉協議会の2ヶ所に設置。介護や障がい、子育てなど、さまざまな福祉分野の相談に対し、総合的に対応します。<br>困りごとを解決するために必要な制度やサービス、手続き等を紹介します。<br>必要に応じて、適切な部署や外部機関におつなぎします。 |         |              |

  

|                                                                    |         |              |
|--------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                              |         |              |
| 健康相談                                                               |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                  | 住 所     |              |
|                                                                    | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                    | 電 話     | 05979-3-0511 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助      委託      なし      その他(      ) |         |              |
| 【事業の内容】<br>概要：<br>心や身体の健康などについて看護師・保健師・管理栄養士等の専門スタッフが相談に応じます。      |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 高齢者・介護に関する相談(地域包括支援センター)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0514 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>地域包括支援センターは、高齢者の皆さんが住み慣れた地域で安心して生活できるように、総合的な支援を行う地域の中核機関です。<br>保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門職員が、それぞれの専門性を生かして「チーム」として支援します。<br>地域包括支援センターでは、主に次の4つの業務を行っています。<br><br>1. 介護予防マネジメント<br>2. 総合相談<br>3. 権利擁護<br>4. 包括的・継続的マネジメント                                                                                                                        |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 高齢者虐待防止事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 電 話     | 05979-3-0514 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                                                                                                                                                           |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>相談内容：<br>(1)養護者から虐待される又は虐待されている疑いのある高齢者について、専門職員等が相談に応じ、事実確認の調査のうえで、虐待の防止・解消・緩和を図ります。<br><br>(2)養介護施設従事者等から虐待される又は虐待されている疑いのある高齢者について、専門職員等が相談に応じ、事実確認の調査のうえで、虐待の防止と高齢者の保護を図るため、老人福祉法及び介護保険法に規定された権限を適切に行使して対応します。(権限が県に属している場合は、県が支援します。)<br><br>(3)養護者や高齢者の親族、養介護施設従事者等以外の第三者によって引き起こされた財産上の不当取引による被害について、相談に応じ、若しくは消費生活業務の担当部署や関連機関を紹介します。 |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |              |
| 生活保護制度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし <u>その他</u> 受付等事務                  )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>生活保護はいろいろな努力をしてなおかつ生活が成り立たない場合に、最低限度の生活を保障し、自立に向けての手助けをする制度です。<br><br>次の事柄にあてはまる方が生活保護の対象となります。<br><br>1 世帯の収入が基準の額より低い<br>・収入とは、世帯全体の、年金なども含む全ての収入です。例えば、親の収入が無くても一緒に住んでいる子供に収入があると受けられないことがあります。<br>・基準の額は世帯の人数や年齢によって異なります。<br><br>2 活用できる資産を持っていない<br>・預金は生活にあててください。<br>・株や利用していない土地などは売却して生活にあててください。<br>・生命保険は、解約払戻金が多額の場合は、原則として解約して生活にあててください。<br>・ローン付きの住宅は原則として保有は認められません。<br>・自動車を持ったり、借りたりして使うことは認められません。但し、身体障がい者で自動車でしか通院できないなどの事情がある方はご相談ください。<br><br>3 利用できる他の制度はすべて活用している<br>・年金、雇用保険、傷病手当金、高額医療制度など、受けられる制度はすべて受けてください。<br><br>4 働ける能力を活用している<br>・働ける能力があるのに、働こうとしない方は生活保護は受けられません。<br>・働き先がない場合は、働き先を見つける努力をしている場合に限ります。<br><br>5 親子、兄弟、姉妹から援助を受けられない<br>・親子、兄弟、姉妹は互いに助け合う義務がありますので、援助が受けられるかどうか相談してみてください。 |         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
| 生活困窮者自立支援事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 【実施主体】<br><br>三重県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 電 話     | 05979-3-0515 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| 補助      (委託) 社会福祉協議会      )      なし      その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |              |
| 【事業の内容】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |              |
| <p>1. 概要<br/>働きたくても働けない、住む所がないなどの生活困窮者からの相談に対応します。<br/>相談窓口では一人ひとりの状況に合わせた支援プランを作成し、専門の支援員が相談者に寄り添いながら、他の専門機関と連携して、解決に向けた支援を行います。<br/>社会福祉協議会が一次相談窓口となります。</p> <p>2. 支援内容</p> <p>(1) 自立相談支援事業<br/>生活に困りごとや不安を抱えている場合は、まずは地域の相談窓口にご相談ください。支援員が相談を受けて、どのような支援が必要かを相談者と一緒に考え、具体的な支援プランを作成し、寄り添いながら自立に向けた支援を行います。</p> <p>(2) 住居確保給付金の支給<br/>離職などにより住居を失った方、または失うおそれの高い方には、就職に向けた活動をするなどを条件に、一定期間、家賃相当額を支給します。生活の土台となる住居を整えた上で、就職に向けた支援を行います。<br/>※一定の資産収入等に関する要件を満たしている方が対象です。</p> <p>(3) 就労準備支援事業<br/>直ちに就労が困難な方に6カ月から1年の間、プログラムにそって、一般就労に向けた基礎能力を養いながら就労に向けた支援や就労機会の提供を行います。</p> <p>(4) 家計相談支援事業<br/>家計状況の「見える化」と根本的な課題を把握し、相談者が自ら家計を管理できるように、状況に応じた支援計画の作成、相談支援、関係機関へのつなぎ、必要に応じて貸付のあっせん等を行い、早期の生活再生を支援します。<br/>※一定の資産収入に関する要件を満たしている方が対象です。</p> <p>(5) 就労訓練事業<br/>直ちに一般就労することが難しい方のために、その方に合った作業機会を提供しながら、個別の就労支援プログラムに基づき、一般就労に向けた支援を中・長期的に実施する、就労訓練事業(いわゆる「中間的就労」)もあります。</p> <p>(6) 生活困窮世帯の子どもの学習支援<br/>子どもの学習支援をはじめ、日常生活的な生活習慣、仲間と出会い活動ができる居場所づくり、進学に関する支援、高校進学者の中退防止に関する支援等、子どもと保護者の双方に必要な支援を行います。</p> |         |              |

【事業名】

税の猶予(町税等)

【実施主体】

住 所

御浜町

担当部署等の名

税務課

電 話

05979-3-0510

【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○

補助

委託

なし

その他( )

【事業の内容】

〔納税の猶予制度について〕

町税等を納期限までに納付することが困難な場合には、申請することにより、差押えや財産の換価(売却)などが猶予される場合があります。

※「換価」とは、差し押さえた財産を金銭に換えて、滞納となっている税金に充てるための強制的手続きのことです。

〔徴収猶予〕

以下のいずれかの理由により町税等を納期限までに納付することができない場合には、申請することにより、1年以内の期間に限り「徴収猶予」が認められる場合があります。

- ① 財産について災害を受けたこと、又は盗難にあったこと(地方税法第15条第1項第1号)
- ② 納税者又はその生計を一にする親族が病気にかかったこと、又は負傷したこと(地方税法第15条第1項第2号)
- ③ 事業を廃止したこと、又は休止したこと(地方税法第15条第1項第3号)
- ④ 事業について著しい損失を受けたこと(地方税法第15条第1項第4号)
- ⑤ 本来の納期限から1年以上経過した後に、納付すべき税額が確定したこと(地方税法第15条第2項)

〔徴収猶予が認められた場合〕

- ・財産の差押えや換価(売却)が猶予されます。
- ・猶予を受けた町税等は、猶予期間内で分割して納付することができます。
- ・猶予期間中の延滞金の全部又は一部が免除になります。

|                                                                                                                                                                                                                     |         |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 障害者虐待防止事業                                                                                                                                                                                                           |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                   | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                     | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                     | 電 話     | 05979-3-0514 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>相談内容<br>「養護者(障がい者を現に養護する者)による虐待」、「障害者福祉施設従業者等による虐待」による障がい者虐待の相談・通報を受け付けています。                                                                                                                         |         |              |
| 【事業名】                                                                                                                                                                                                               |         |              |
| 成年後見制度利用支援事業                                                                                                                                                                                                        |         |              |
| 【実施主体】<br><br>御浜町                                                                                                                                                                                                   | 住 所     |              |
|                                                                                                                                                                                                                     | 担当部署等の名 | 健康福祉課        |
|                                                                                                                                                                                                                     | 電 話     | 05979-3-0514 |
| 【町の関与】 ※町以外が実施主体の場合該当に○<br><br>補助                  委託                  なし                  その他(                  )                                                                                                  |         |              |
| 【事業の内容】<br><br>1. 概要<br>成年後見制度の利用が必要であり、身寄りがなく申し立てを行うことが困難な場合に町長が申立てを行ったり、本人等の財産等の状況から申し立て費用や成年後見人等への報酬を負担することが困難な場合にこれらの費用を支給することで、成年後見制度の利用促進を図るのが成年後見制度利用支援事業です。<br><br>2. 対象者<br>判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障がい者及び精神障がい者 |         |              |