

2022

大湊村障がい福祉 のしおり

大湊村福祉保健課

目 次

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 各種相談窓口 | 1 |
| 1. 役場の相談窓口一覧 | 1 |
| 2. 秋田県の障がい福祉関係機関一覧 | 2 |
| 3. 身体・知的・精神障がいの相談 | 3 |
| 4. 仕事の相談 | 3 |
| 5. 心の健康の相談 | 4 |
| 6. 難病の相談 | 5 |
| 7. 発達障がいの相談 | 5 |
| 手 帳 | 6 |
| 1. 手帳の申請 | 6 |
| 日常生活の支援 | 9 |
| 1. 日常生活上で便利な機器が必要 | 9 |
| 2. 在宅又は施設等で受けるサービス | 15 |
| 3. 一時的に自宅で介護ができなくなった場合の支援 | 19 |
| 4. 精神に障がいがある方への日中の活動支援 | 20 |
| 5. 外出時の手話通訳者や要約筆記者の派遣 | 20 |
| 6. 身体障がい者補助犬の給付 | 21 |
| 医 療 費 | 22 |
| 1. 医療費の助成 | 22 |
| 2. 赤ちゃんが未熟児で生まれて入院したときの助成 | 23 |
| 3. 季節性インフルエンザ予防接種の助成 | 23 |
| 4. 特定疾患で通院・入院している方への助成(県の事業) | 24 |
| 助成・手当・年金 | 25 |
| 1. 住宅改修費の助成 | 25 |
| 2. 自動車改造費の助成 | 25 |
| 3. 運転免許取得費取得費の助成 | 26 |
| 4. 重度の障がいがある方への手当 | 26 |
| 5. 重度の障がいのある父又は母と共に子を扶養している方への手当 | 27 |
| 6. 障がいのある子どもを養育している方への手当 | 28 |
| 7. 病気やけがなどによる障がいへの助成(障がい年金) | 28 |
| 8. 交通事故による障がいへの支援(自動車事故対策機構) | 29 |
| 9. 心身障がい者扶養共済制度 | 30 |

税金の控除や減免 31

| | |
|-----------------|----|
| 1. 税金の控除 | 31 |
| 2. 自動車税・軽自動車税 | 32 |
| 3. 個人事業税 | 35 |
| 4. 少額貯蓄の利子等の非課税 | 35 |

公共料金などの割引や助成 36

| | |
|-------------------|----|
| 1. 交通機関の割引制度 | 36 |
| 2. 点字文字や録音テープ等の郵送 | 39 |
| 3. 携帯電話料金の割引 | 39 |
| 4. NTT 無料番号案内 | 40 |
| 5. NHK を受信している方 | 40 |

文化・スポーツ等 41

| | |
|---------------|----|
| 1. スポーツ大会への参加 | 41 |
| 2. 料金が割引される施設 | 41 |

教育・就労 42

| | |
|--------------|----|
| 1. 学校教育費の助成 | 42 |
| 2. 仕事の相談 ※再掲 | 42 |

暮らしの情報 43

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 生活福祉資金の貸付 | 43 |
| 2. 郵便等による不在者投票 | 44 |
| 3. 歩行困難な方の駐車 | 44 |
| 4. 援助が必要な方のためのマーク・カード | 45 |
| 5. 災害への対策 | 45 |

各種相談窓口

1. 役場の相談窓口一覧

| 担当・連絡先 | 内容 |
|--|--|
| 福祉保健課(福祉班) 大湊村字中央 1-1 TEL: 0185-45-2114 FAX: 0185-45-2162 | <ul style="list-style-type: none">・ 障がい福祉に関する相談・ 身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者手帳、各種減免制度・ 障がい福祉サービス、障がい児通所支援、自立支援医療(更生、育成、精神通院)、補装具、日常生活用具・ 特別障がい扶養手当、特別障がい者手当、障がい児福祉手当・ 聴覚障がい者のコミュニケーション支援(手話通訳、要約、筆記)・ 障がい者の権利擁護、虐待防止、その他障がい者支援等・ 児童福祉に関する相談・ 児童の虐待防止、その他の児童支援等 |
| 福祉保健課(保健班) 大湊村字中央 1-1 TEL: 0185-45-2114 FAX: 0185-45-2162 | <ul style="list-style-type: none">・ 福祉医療制度(マルフク)・ 年金制度(障がい基礎年金等) |
| 地域包括支援センター 大湊村字西 3-3 TEL: 0185-22-4321 | <ul style="list-style-type: none">・ 高齢者の福祉に関する総合相談・ 福祉、医療、介護、権利擁護その他の高齢者支援等・ 介護予防、高齢者の健康づくり |
| 保健センター 大湊村字中央 1-13 TEL: 0185-45-2613 FAX: 0185-45-8420 | <ul style="list-style-type: none">・ 健康診査、各種がん検診・ 乳幼児健診・ 予防接種・ 健康に関する相談、心の健康相談 |
| 教育委員会(学校教育班) 大湊村字中央 1-21 TEL: 0185-45-3240 | <ul style="list-style-type: none">・ こども園、小学校、中学校に関すること・ 子育て支援に関すること |

2. 秋田県の障がい福祉関係機関一覧

| 名称・連絡先 | 内容 |
|--|---|
| 秋田中央保健所 潟上市昭和乱橋字古開 172-1 TEL：018-855-5171 FAX：018-855-5160 | <ul style="list-style-type: none"> 障がい者保健福祉、自立支援医療(精神通院)、特定疾患、小児慢性特定疾患、難病対策等 |
| 秋田県福祉相談センター 秋田市中通二丁目 1-51 (明德館ビル 1 階) TEL：018-831-2301 FAX：018-831-2306 | <ul style="list-style-type: none"> 福祉相談(身体・知的・精神障がい、児童、女性、心の健康等) 身体及び知的障がい者専門相談、障がい等級判定・手帳交付、補装具(補聴器相談)、更生医療、補助犬給付等 <p>☆相談専門ダイヤル「やさしいふくしの輪」 TEL：018-831-2940</p> |
| 秋田県精神保健福祉センター 秋田市中通二丁目 1-51 (明德館ビル 1 階) TEL：018-831-3946 FAX：018-831-2306 | <ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉の専門相談 依存症関連問題相談(アルコール・薬物等) 思春期精神保健相談(ひきこもり本人の会・親の会等) 障がい等級判定・手帳交付、精神通院医療等 <p>☆専門相談ダイヤル「こころの電話相談」 TEL：018-831-3939</p> <p>☆ひきこもり相談支援センター TEL：018-831-2525</p> |
| 秋田県中央福祉事務所 秋田市新屋下川原町 1-1 TEL：018-862-7311 FAX：018-824-4010 | <ul style="list-style-type: none"> 18歳未満の子どもに関する様々な問題の専門相談 児童虐待の相談 擁護相談、未熟児や虚弱児等の保護相談 肢体不自由、視覚障がい、言語発達障がい、知的障がい、自閉症、重症心身障がい等に関する相談 ぐ犯行為等相談(家出、乱暴、性的逸脱、深夜徘徊等)、触法行為等に関する相談 性格行動相談(内気、緘黙、反抗、家庭内暴力等) しつけ相談(幼児のしつけ、児童の性教育、遊び等) 適性相談(進学適正、職業適性、学業不振等)、不登校相談 |
| 秋田県立医療療育センター 秋田市南ヶ丘一丁目 1-2 TEL：018-862-2401 FAX：018-026-2407 総合相談・医療療育連携室 TEL：018-862-8301 | <ul style="list-style-type: none"> 子どもの発達に関する家族を含めた総合的な支援 医療療育センターへの入所や通園等、地域の福祉サービスの利用、年金・手当・障がい者手帳、子育て・教育に関する相談 外来療育(集団指導、個別指導)、訪問教育、療育技術、指導等 |
| 秋田県発達障がい者支援センター(ふきのとう秋田) 秋田市南ヶ丘一丁目 1-2 TEL：018-826-8030 FAX：018-826-2414 | <ul style="list-style-type: none"> 自閉症やアスペルガー症候群等の発達障がい児や疑いのある児童の教育や療育の相談 発達障がいの者や疑いのある方の生活や就労等に関する相談 |

3. 身体・知的・精神障がいの相談

【相談支援等事業所(委託事業)】

〔問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL : 0185-45-2114

《内容》

家庭にいる障がい者又は障がい児、そのご家族が抱えている日常生活における困りごとや権利擁護の相談をお受けしています。住宅入居や成年後見人制度等についての相談・支援、各種サービスの情報提供や関係機関との調整も行っています。

直接、下記の委託事業所へご連絡ください。

《委託事業所》

| 事業所名 | 所在地・電話番号 |
|--------|--|
| 南秋つくし苑 | 南秋田郡八郎潟町字中嶋 282-1 TEL : 018-875-2115/FAX : 018-875-2115 |
| 大日寮 | 山本郡三種町森岳字上台 111 番 TEL : 0185-83-3478/FAX : 0185-83-4502 |

【電話相談(秋田県福祉相談センター)】 ※再掲

〔問い合わせ先〕 秋田県福祉相談センター
TEL : 018-831-2301

《内容》

高齢者、障がい者、児童、児童の福祉全般の相談に対応しています。本人、家族等どなたでも相談できます。直接、下記の相談専門ダイヤルへご連絡ください。

☆相談専門ダイヤル「やさしいふくしの輪」 TEL : 018-831-2940

4. 仕事の相談

【秋田障害者職業センター】

〔問い合わせ先〕 秋田障害者職業センター
所在地 : 秋田市川尻若葉町 4 番 48 号
TEL : 018-864-3608/FAX : 018-864-3609

《内容》

障がいのある方の就職のための相談・支援、就職後のフォローアップ、復職のための相談・支援まで一連の就労支援を行っています。

【障害者就業・生活支援センター(社会福祉法人いずみ会)】

〔問い合わせ先〕 障害者就業・生活支援センター

所在地：秋田市泉菅野二丁目 17 番 27 号ウェルビューいずみ内

TEL : 018-896-7088/FAX : 018-896-7078

《内容》

障がい者の就業支援(企業就労と福祉就労の支援及び職業定着支援)と職業生活に伴う生活支援を行っています。障がい者手帳の有無は問わず、ご本人やご家族からの相談にも対応します。

5. 心の健康の相談

【心の健康相談(大潟村保健センター)】

〔問い合わせ先〕 大潟村保健センター

所在地：大潟村字中央 1-13

TEL : 0185-45-2613/FAX : 0185-27-8420

《内容》

心の健康に関することについて、「保健師による相談(随時)」及び「臨床心理士による相談(年数回)」を受け付けています。ご家族の方の相談もお受けしますので、お気軽にどうぞ。臨床心理士による相談の日程は、保健センターへお問い合わせください。

【医師による心の健康相談(秋田地域振興局)】

〔予約・問い合わせ先〕 秋田地域振興局

TEL : 018-855-5171

《内容》

秋田地域振興局では、心の健康に関することについて、専門医による相談を受付けています。予約制となっていますので、必ず事前に秋田地域振興局へお問い合わせください。

【電話相談(秋田県精神保健福祉センター)】 ※再掲

〔問い合わせ先〕 秋田県精神保健福祉センター

TEL : 018-855-5171

《内容》

生活の中で生じる心の悩みの相談(人と上手に付き合えない、眠れない日が続いている、職場や家庭の人間関係に悩んでいる、依存について知りたい、家族がひきこもっているなど)に応じます。直接、下記の相談専門ダイヤルへご連絡ください。

☆専門相談ダイヤル「こころの電話相談」 TEL : 018-831-3939

☆ひきこもり相談支援センター TEL : 018-831-2525

6. 難病の相談

【秋田県難病相談支援センター】

【問い合わせ先】 秋田県難病相談支援センター

所在地：秋田市旭北栄町 1 番地 5 号 秋田県社会福祉会館 3 階

TEL : 018-866-7754/FAX : 018-866-7782

《内容》

専任の相談員が秘密厳守でお話を伺います。事前の電話予約により、面談も行います。

【難病診療連携コーディネーター(秋田大学医学部附属病院)】

【問い合わせ先】 秋田大学医学部附属病院地域医療患者支援センター・がん相談支援センター

所在地：秋田市広面字蓮沼 44 番 2

TEL : 018-884-6283/6229/FAX : 018-801-7110

メールアドレス：sodans-sc@hos.akita-u.ac.jp

《内容》

難病患者ご本人やご家族からの相談に対応しています。(病気に関すること、医療費や経済的な相談、各種制度の情報提供、就労支援や仕事・学業と医療の両立に関する相談など)

7. 発達障がいの相談

【秋田県発達障害者支援センター「ふきのとう秋田」】

【問い合わせ先】 秋田県発達障害者支援センター

所在地：秋田市南ヶ丘 1 丁目 1 番 2 号 秋田県立医療療育センター内

TEL : 018-826-8030

《内容》

日常生活で困っている、発達障がいのことを知りたい、学校や進路のことを考えたいなど、ご本人やご家族等からの相談に応じ、ご本人の状態を見ながら、助言・各種サービスの情報提供を行います。また、地域の支援機関と連携し、支援を図ります。

手帳

1. 手帳の申請

長期にわたって、日常生活又は社会生活に、かなりの制限を受けなければならないとき、障がいの種類によって、「身体障がい者手帳」「療育手帳」「精神障がい者保健福祉手帳」の交付を受けることになります。

これらの手帳は、障がいのあることを証明するものであり、手帳の交付を受けることで乗り物の減免や税金の控除など様々な各種福祉制度やサービスを利用できます。

【身体障がい者手帳】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいの程度によって1級(重度)から6級(軽度)の区分があります。

《対象者》

視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく機能、肢体、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、免疫、肝臓の機能に永続する障がいがある方

《必要書類等》

| 申請区分 | 内容 | 必要書類 |
|-------------------|-------------------------------|---|
| 新規交付 | 初めての申請のとき | 申請書、診断書・意見書、写真(4×3 cm)、印鑑、マイナンバー |
| 障がい程度変更 障がい名追加 | 障がいの程度が変わったとき 別の障がいを追加するとき | 申請書、診断書・意見書、写真(4×3 cm)、身体障がい者手帳、印鑑、マイナンバー |
| 再交付 | 手帳を紛失・破損したとき | 申請書、写真(4×3 cm)、身体障がい者手帳、印鑑、マイナンバー |
| 氏名・居住地の変更 | 氏名・住所が変わったとき | 申請書、身体障がい者手帳、印鑑、マイナンバー |
| 返還 | 手帳所持者が死亡したとき 手帳が不要になったとき | 返還届、身体障がい者手帳、印鑑、マイナンバー |

※写真は、1年以内に撮影したもの、縦4 cm×横3 cm、上半身・脱帽、白黒・カラー可

交付後、次のような場合は速やかに届け出てください。

- 住所、氏名が変更となったとき
- 手帳を紛失・破損したとき
- 新たな障がい加わったときや障がいの程度が変わったとき
- 手帳が不要になったとき、死亡したとき

【療育手帳】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がい程度により A(最重度・重度)、B(中度・軽度)の区分があります。

※申請時に、対象者の方の状態や経過について聴き取りをします。

《対象者》

知的障がいのある方

《必要書類等》

| 申請区分 | 内 容 | 必 要 書 類 |
|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 新規交付 | 初めての申請のとき | 申請書、相談票、写真(4×3 cm)、 印鑑、マイナンバー |
| 再判定 | 再判定の時期が来たとき | 申請書、相談票、写真(4×3 cm)、 療育手帳、印鑑、マイナンバー |
| 再交付 | 手帳を紛失・破損したとき | 申請書、写真(4×3 cm)、療育手帳、 印鑑、マイナンバー |
| 氏名・居住地 の変更 | 氏名・住所が変わったとき | 申請書、療育手帳、印鑑、マイナンバー |
| 返還 | 手帳所持者が死亡したとき 手帳が不要になったとき | 返還届、療育手帳、印鑑 |

※写真は、1年以内に撮影したもの、縦4 cm×横3 cm、上半身・脱帽、白黒・カラー可

交付後、次のような場合は速やかに届け出てください。

- 住所、氏名が変更となったとき
- 手帳を紛失・破損したとき
- 新たな障がい加わったときや障がいの程度が変わったとき
- 手帳が不要になったとき、死亡したとき

【精神障がい者保健福祉手帳】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいの程度に応じて1級(重度)から3級(軽度)の区分があります。

精神障がい者保健福祉手帳の有効期間は2年間です。

《対象者》

精神疾患のために、日常生活又は社会生活に制限のある方

《必要書類等》

| 申請区分 | 内 容 | 必 要 書 類 |
|---------------|-----------------------------|---|
| 新規交付 | 初めての申請のとき | 申請書、診断書、写真(4×3 cm)、 印鑑、マイナンバー |
| 更新 | 有効期限の3ヶ月前から | |
| 障がい程度変更 | 障がいの程度が変わったとき | |
| 再交付 | 手帳を紛失・破損したとき | 申請書、写真(4×3 cm)、 精神障がい者保健福祉手帳、印鑑、 マイナンバー |
| 氏名・居住地の 変更 | 氏名・住所が変わったとき ※変更後30日以内 | 申請書、写真(4×3 cm)、 精神障がい者保健福祉手帳、印鑑、 マイナンバー |
| 返還 | 手帳所持者が死亡したとき 手帳が不要になったとき | 返還届、精神障がい者保健福祉手帳、 印鑑 |

※診断書の代わりに障がい者年金証書等(年金証書、年金裁定通知書、年金振込通知書、特別障がい給付金受給資格者証)による申請が可能な場合があります。詳しくは窓口までお問い合わせください。

※写真は、1年以内に撮影したもの、縦4 cm×横3 cm、上半身・脱帽、白黒・カラー可

交付後、次のような場合は速やかに届け出てください。

- 住所、氏名が変更となったとき
- 手帳を紛失・破損したとき
- 新たな障がいが出たときや障がいの程度が変わったとき
- 手帳が不要になったとき、死亡したとき

日常生活の支援

1. 日常生活上で便利な機器が必要

障がいのある方の身体機能を補完する器具や、日常生活をする上で便利な用具の購入等をするときその費用を支給します。

※申請前に購入された方は補助の対象になりませんので、必ず事前にご相談ください。

※対象者の障がい名や障がい等級によって給付要件があります。詳細については、お問い合わせください。

【補装具】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL : 0185 - 45 - 2114

《内容》

身体の障がいを補うための用具の交付、借り受け又は修理にかかる費用を支給します。支給の判定は原則、秋田県福祉相談センターが行います。

判定の際に、福祉相談センターへの来所を求められる場合があります。

《対象になる方》

- ①身体障がい者手帳の交付を受けた方で、必要と認められた方
- ②難病等(障害者総合支援法施行令に規定する疾病)の方で、必要と認められた方

《対象にならない方》

- ①介護保険、健康保険、労災保険の制度により、補装具の支給などが受けられる方
- ②治療の手段として一時的に使用する治療用装具の作成を希望する方
- ③住民税所得割額が46万円以上の方が同じ世帯にいる場合

《自己負担額》

原則1割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

- 申請書 ○医師意見書 ○処方箋 ○同意書 ○見積書の写し ○身体障がい者手帳
- 印鑑 ○マイナンバーを確認できるもの

《補装具の種目》

| 障がいの部位 | 補装具の種類 |
|-----------|---|
| 視覚 | 視覚障がい者安全つえ、義眼、眼鏡 |
| 聴覚 | 補聴器、人工内耳用音声信号処理装置の修理 |
| 肢体 | 義肢、装具、座位保持装置、歩行補助つえ、車椅子、電動車椅子、歩行器、重度障がい者用意思伝達装置 |
| 肢体(18歳未満) | 座位保持椅子、起立保持椅子、頭部保持具、排便補助具 |

【日常生活用具】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいがある方の家庭生活の不便を解消し、円滑な日常生活が送られるように、必要な用具を給付又は貸し出します。

※設置に当たり、住宅の改修や工事を伴うものは除きます。

《対象者》

日常生活用具を必要とする障がい者、障がい児、難病患者等

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18 歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

○申請書 ○同意書 ○見積書 ○身体障がい者手帳・療育手帳 ○印鑑

○マイナンバーを確認できるもの

《種目》

①介護・訓練支援用具

| 種目 | 対象 | 性能 | 耐用年数 | 基準額(円) |
|--------|---|--|------|---------|
| 特殊寝台 | 下肢又は体幹機能障がい 2 級以上の方 | 腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できるもの | 8 年 | 154,000 |
| 特殊マット | ・下肢又は体幹機能障がい 1 級以上の方(常時介護を要するもの) ・療育手帳の等級が重度又は最重度の方 ・身体障がい者手帳の交付を受けた、下肢又は体幹機能障がい 2 級以上の児童 | 褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの | 5 年 | 19,600 |
| 特殊尿器 | 下肢又は体幹機能障がい 1 級の方(常時介護を要するもの) | 尿が自動的に吸引されるもの | 5 年 | 67,000 |
| 入浴担架 | 下肢又は体幹機能障がい 2 級以上の方(入浴に介助を要するもの) | 障がい児(者)を担架に乗せたまま、入浴できるもの | 5 年 | 82,400 |
| 体位変換器 | 下肢又は体幹機能障害 2 級以上の方(下着交換等に介助を要するもの) | 介助者が障がい児(者)の体位を容易に変換できるもの | 5 年 | 15,000 |
| 移動用リフト | 下肢又は体幹機能障害 2 級以上の方 | 介護者が重度身体障がい児(者)を移動させるにあたって、容易に使用し得るもの | 4 年 | 159,000 |
| 訓練いす | 身体障がい者手帳の交付を受けた、身下肢及び体幹機能障がい 2 級以上の児童 | 原則として、付属のテーブルをつけるものとする | 5 年 | 33,100 |
| 訓練用ベッド | 身体障がい者手帳の交付を受けた、下肢及び体幹機能障害が 2 級以上の児童 | 腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの | 8 年 | 159,200 |

②自立生活支援用具

| 種目 | 対象 | 性能 | 耐用年数 | 基準額 (円) |
|-------------------------|---|---|------|--|
| 入浴補助用具 | 下肢又は体幹機能障がいの方(入浴に介助を要するもの) | 入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障がい児(者)又は介助者が容易に使用し得るもの | 8年 | 90,000 |
| 便器 | 下肢又は体幹機能障がい2級以上の方 | 障がい児(者)が容易に使用し得るもの(手すりをつけることができる) | 8年 | 4,450 |
| つえ | 平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障がいの方 | T字状又は棒状のもの | 3年 | 3,600 |
| 移動・移乗支援用具(手すり・スロープ等) | 平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障がいを有し、家庭内の移動等において介助を必要とする方 | 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具※設置に当たり住宅改修を伴うものを除く | 8年 | 60,000 |
| 頭部保護帽 | ・平衡機能並びに下肢又は体幹機能障がいの方 ・てんかんの発作等により転倒するおそれがある、知的障がい、精神障がいのある方 | 転倒の衝撃から頭部を保護できるもの | 3年 | ヘルメット型で スポンジ・革製 15,200 スポンジ・革・プラスチック製 36,750 |
| 特殊便器 | ・療育手帳の等級が重度又は最重度で訓練を行っても自ら排便後の処理が困難な方 ・上肢障がい2級以上の方 | 温水温風を出し得るもので介護している者が容易に使用しうるもの※設置に当たり住宅改修を伴うものを除く | 8年 | 151,200 |
| 火災報知器 | ・療育手帳の等級が重度又は最重度の方 ・上肢障がい2級以上の方(火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 室内の火災を又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの | 8年 | 15,500 |
| 自動消火器 | 療育手帳の等級が重度又は最重度の方 ・上肢障がい2級以上の方(火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 室内温度の異動上昇又は炎の接触で自動的に消化液を噴射し、初期火災を消化し得るもの | 8年 | 28,700 |
| 電磁調理器 | ・療育手帳の等級が重度又は最重度の方 ・視覚障がい2級以上の方 | 障がい者が容易に使用しえるもの | 6年 | 41,000 |
| 歩行時間延長 信号機用小型 送信機 | 視覚障がい2級以上の方 | 障がい児(者)が容易に使用しえるもの | 10年 | 7,000 |
| 聴覚障害者用 屋内信号装置 | 聴覚障がい者2級以上の方(聴覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯で、日常生活上必要と認められる世帯) | 音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるもの | 10年 | 87,400 |

③在宅療養支援用具

| 種目 | 対象者 | 性能 | 耐用年数 | 基準額(円) |
|-------------|--|----------------------------|------|--------|
| 透析液加温器 | 腎臓機能障がい3級以上で、自己連続携帯式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う方 | 透析液を加温し、一定温度に保つもの | 5年 | 51,500 |
| ネブライザー(吸入器) | 呼吸器障がい3級以上又は同程度の身体障がいのある方(必要と認められるもの) | 障がい児(者)又はその介護者等が容易に使用し得るもの | 5年 | 36,000 |
| 電気式たん吸引器 | 呼吸器障がい3級以上又は同程度の身体障がいのある方(必要と認められるもの) | 障がい児(者)又はその介護者等が容易に使用し得るもの | 5年 | 56,400 |
| 酸素ポンプ運搬車 | 医療保険における在宅酸素療法を行う方 | 障がい児(者)又はその介護者等が容易に使用し得るもの | 10年 | 17,000 |
| 盲人用音声式体温計 | 視覚障がい2級以上の方(盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 視覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 5年 | 9,000 |
| 盲人用体重計 | 視覚障がい2級以上の方(盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 視覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 5年 | 18,000 |

④情報・意思疎通支援用具

| 種目 | 対象者 | 性能 | 耐用年数 | 基準額(円) |
|-----------|--|---|------|---------------------|
| 携帯用会話補助装置 | 音声言語機能障がい又は肢体不自由があり、発声・発語に著しい障がいを有する方 | 携帯式でことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 5年 | 98,800 |
| 情報・通信支援用具 | 上肢障がい2級以上又は視覚障がい2級以上の方 | パソコン周辺機器及びアプリケーションソフトの内、障がい者等の操作を動作又は音声により補助するもの | 5年 | - |
| 点字ディスプレイ | 視覚障がい及び聴覚障がいの重度重複障がい者(原則として2級以上)の方(必要と認められるもの) | 文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことができるもの | 6年 | 383,500 |
| 点字器 | 視覚障がい2級以上の方 | ・標準型 A 32マ18行、画面書真鍮版製/B 32マ18行、画面プラスチック製 ※いずれも点筆を含む | 7年 | A 10,400 B 6,600 |
| | | 携帯用 A 32マ4行、片面書アルミ製/B 32マ12行、片面プラスチック製 ※いずれも点筆を含む | 5年 | A 7,200 B 1,650 |
| 点字タイプライター | 視覚障がい2級以上で、就学もしくは就労しているか又は就労が見込まれる方 | 視覚障がい児(者)が容易に操作できるもの | 5年 | 63,100 |

| | | | | |
|------------------------------------|---|---|------|--------------------------|
| 視覚障害者用 ポータブルレ コーダー(録 音再生) | 視覚障がい 2 級以上の方 | 音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY 方式による録音並びに当該方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、視覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 6 年 | 録音再生機 85,000 |
| | | 音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY 方式による録音された図書の再生が可能な製品であって、視覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | | 再生専用機 35,000 |
| 視覚障害者用 活字文書読上 げ装置 | 視覚障がい 2 級以上の方 | 文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 6 年 | 99,800 |
| 視覚障害者用 拡大読書器 | 視覚障がいがあり、本装置により文字を読むことが可能になる方 | 画像入力装置を読みたいもの(印刷物等)の上に置くことで、簡単に拡大された画像(文字等)をモニターに映し出せるもの | 8 年 | 198,000 |
| 盲人用時計 | 視覚障がい 2 級以上で、原則として音声時計は手指の触覚に障がいがある等により、触読式時計の使用が困難な方 | 視覚障害者が容易に使用し得るもの | 10 年 | 音声式 13,300 触読式 10,300 |
| 聴覚障害者用 通信装置 | 聴覚障がい者又は発声・発語に著しい障がいをもつ方 | 一般の電話に接続することができ、音声の代わりに文字等により通信が可能な機器であり、障がい児(者)が容易に使用できるもの | 5 年 | 71,000 |
| 聴覚障害者用 情報受信装置 | 聴覚障がいがあり、本装置によりテレビの視聴が可能になる方 | 字幕及び手話通訳付きの聴覚障がい者用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障がい者向け緊急信号を受信するもので、聴覚障がい児(者)が容易に使用し得るもの | 6 年 | 88,900 |
| 人工喉頭 | 喉頭摘出者 | 呼吸によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの | 4 年 | 5,000 |
| | | 顎下部等にあてた電動板を駆動させ、経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの | 5 年 | 70,100 |
| 点字図書 | 主に点字によって情報を入力している視覚障がい児(者) | 点字により作成された図書 | — | — |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|-----------|
| 福祉電話 (貸与) | 難聴者又は外出困難な身体障がい者(原則として2級以上)で、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要性があると認められるもの(障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 障がい者が容易に使用し得るもの | - | - |
| ファックス (貸与) | 聴覚又は、音声・言語機能障がい3級以上であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要性があると認められるもの(障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯) | 障がい者が容易に使用し得るもの | - | - |
| 視覚障害者用 ワードプロセ ッサー(共同 利用) | 視覚障がい者 | 編集、校正機能を持ち、日本点字表記法に基づき、入力した文章を自動的に点字交換が可能で点字プリンターと連動により点字文章の作成及び音声化ができるもの | - | 1,030,000 |

⑤排泄管理支援用具

| 種目 | 対象者 | 性能 | 耐用年数 | 基準額(円) |
|---|---|---|------|------------------------|
| 蓄尿袋 | ストマ(人工膀胱)造設児(者) | 低刺激性の粘着材を使用した密封型の収納袋で、尿処理用のキャップを有し、ラテックス製又はプラスチックフィルム製のもの | - | 11,300 |
| 蓄便袋 | ストマ(人工肛門)造設児(者) | 低刺激性の粘着材を使用した密封型又は下部開放型の収納袋で、ラテックス製又はプラスチックフィルム製のもの | - | 8,600 |
| 紙おむつ等 (紙おむつ、 洗腸装具、サ ラシ、ガーゼ 等衛生用品) | 治療によって軽快する見込みのないストマ周辺の著しいびらん、ストマの変形等のため、ストマ用装具を装着することができないもの並びに先天性疾患や脳原性の機能障がいによる排尿もしくは排便の意思表示が困難な方 | 障がい児(者)又は介護者が容易に使用し得るもの | - | 12,000 |
| 収尿器 | 脊髄損傷等により、排尿のコントロールが十分にできない高度の排尿機能障がい児(者) | 男性用 採尿器と蓄尿袋で構成し、尿の逆流防止装置を備えたもので、ラテックス製又はゴム製のもの | 1年 | 普通型 7,700 簡易型 5,700 |
| | | 女性用 耐久性ゴム製採尿袋を有するもの(普通型)又はポリエチレン製の採尿袋 | 1年 | 普通型 8,500 簡易型 5,900 |

2. 在宅又は施設等で受けるサービス

在宅で訪問を受けるサービスや施設に通って利用するサービス、施設に入所するサービス等があります。

利用する場合は、事前に役場への申請が必要となります。

【障がい福祉サービス】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

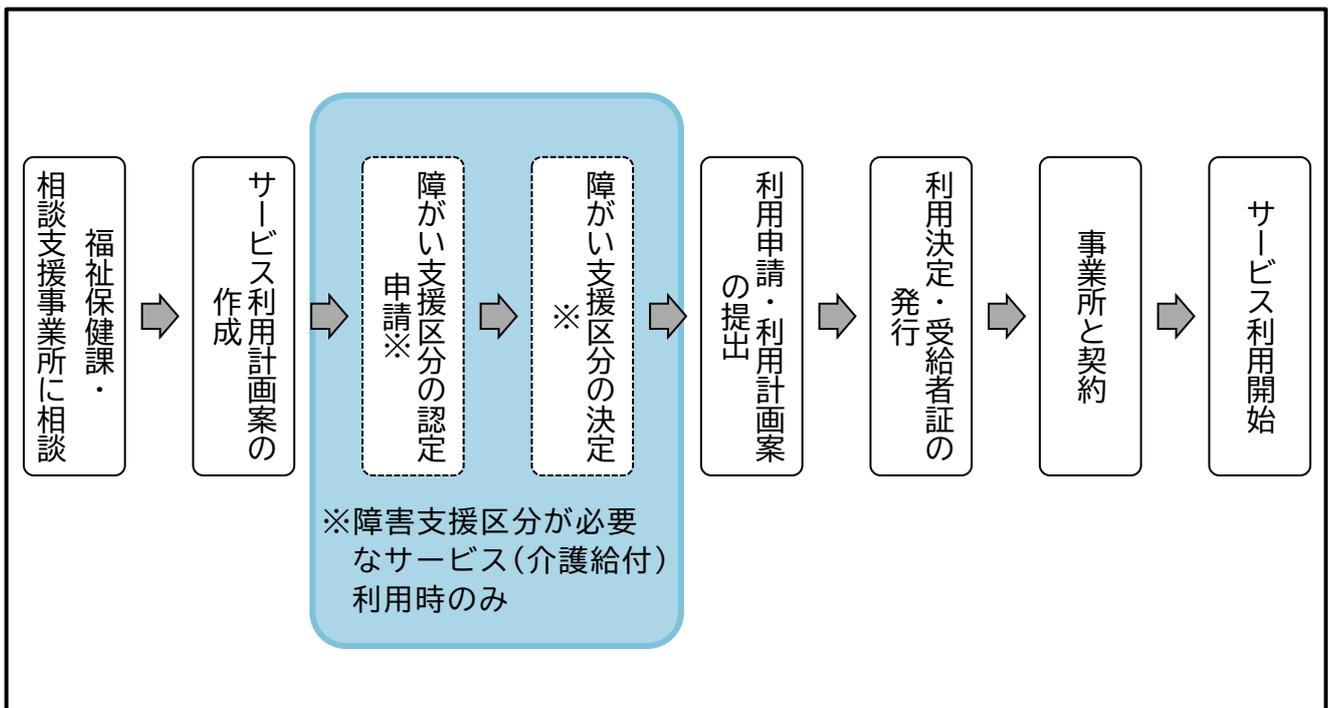
《内容》

障がいのある方それぞれの障がい程度や勘案すべき事項(社会活動や介護者、居住等の状況)を踏まえ、個別に支給決定を行います。

サービスの支給決定を受けた後に、利用したい事業者と契約を結び、利用します。

※介護保険サービスにより十分なサービスを受けられる場合は、介護保険サービスが優先となります。

サービス利用までの流れの例



相談支援

《対象者》

障がい者、障がい児、難病患者等

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18 歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

○申請書 ○医師意見書 ○身体障がい者手帳等 健康保険証(世帯員全員分)

○本人の収入が分かるもの(障がい者年金証書等) ○印鑑 ○マイナンバー

《サービスの内容》

障がいのある人の福祉に関する様々な相談に応じ、必要な情報の提供や障がい福祉サービスを利用するために必要な「サービス等利用計画」作成のための支援を行います。

| 種類 | 支援の内容 |
|-----------------|--|
| 計画相談支援 | |
| サービス利用支援 | サービス申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後、事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成します。 |
| 継続サービス利用支援 | サービス等の利用状況等の検証(モニタリング)を行い、事業所等と連絡調整を行います。必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨をします。 |
| 障がい児相談支援 | |
| 障がい児利用援助 | 障がい児通所支援の申請に係る給付決定の前に、利用計画案を作成し、給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともにサービス等利用計画を作成します。 |
| 継続障がい児支援利用援助 | サービス等の利用状況等の検証(モニタリング)を行い、事業所等と連絡調整を行います。必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨をします。 |
| 地域相談支援 | |
| 地域移行支援 | 住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各種障がい福祉サービス事業所への同行支援等を行います。 |
| 地域定着支援 | 対象者と常時連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障がい福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行います。 |

介護給付

《対象者》

日常生活で介護を必要とする障がい者、障がい児、難病患者等

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18 歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

○申請書 ○医師意見書 ○身体障がい者手帳等 健康保険証(世帯員全員分)

○本人の収入が分かるもの(障がい者年金証書等) ○印鑑

○マイナンバーが確認できるもの

《サービスの内容》

障がいに起因する日常生活上で継続的に必要な介護支援を受けることができます。

※障がい支援区分の認定を受ける必要があります。

※障がい支援区分認定のために、医師意見書や認定調査が必要です。

| 種類 | 支援の内容 |
|------------------------------|--|
| 訪問を受けるサービス(訪問系) | |
| 居宅介護 (ホームヘルプ) | 自宅で入浴、排せつ、食事等の介護を提供します。 |
| 重度訪問介護 | 重度の肢体不自由者又は重度の知的障がい者若しくは精神障がい者で常時介護を必要とする者に対して、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に提供します。 |
| 同行援護 | 視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する者に対して外出時に同行し、移動に必要な情報の提供や移動の援護など必要な援助を行います。 |
| 行動援護 | 知的障がい又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する者で常時介護を要する者に対して、危険を回避するために必要な援護や外出時の移動中の介護等、必要な援助を行います。 |
| 重度障害者等包括支援 | 常時介護の必要性がとて高い者に、居宅介護等包括的に提供します。 |
| 施設に通って利用するサービス(日中活動系) | |
| 短期入所 (ショートステイ) | 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、障害者支援施設等で入浴、排せつ、食事の介護等を提供します。 |
| 生活介護 | 常時介護を必要とする者に主に昼間に障害者支援施設で入浴・排せつ、食事の介護等を提供します。 |
| 施設等で受けるサービス(施設系) | |
| 施設入所支援 | 施設に入所している者に対して、夜間や休日、入浴・排せつ、食事の介護等を提供します。 |
| 療養介護 | 医療を常時必要とする者に主に昼間に医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話等を提供します。 |

訓練等給付

《対象者》

日常生活で介護を必要とする障がい者、障がい児、難病患者等

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18 歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

○申請書 ○医師意見書 ○身体障がい者手帳等 健康保険証(世帯員全員分)

○本人の収入が分かるもの(障がい者年金証書等) ○印鑑

○マイナンバーが確認できるもの

《サービスの内容》

地域で生活を行うために、一定期間、機能訓練や生活訓練、就労に関する支援等の訓練的支援を提供します。

| 種類 | 支援の内容 |
|--------------------------------|--|
| 住まいのサービス(居住支援系) | |
| 自立生活援助 | 一人暮らしに必要な理解力・生活力を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応によって必要な支援を行います。 |
| 共同生活援助 (グループホーム) | 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、必要性に応じて、入浴、排せつ、食事の介護等のサービスも提供します。 |
| 施設に通って利用するサービス(訓練系・就労系) | |
| 自律訓練(機能訓練) | 自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、リハビリテーションや身体機能の維持、向上のための訓練等を提供します。利用期間は、原則 1 年 6 ヶ月間です。 |
| 自律訓練(生活訓練) | 自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行います。利用期間は、原則 2 年間です。 |
| 就労移行支援 | 一般企業への就労を希望する者に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練を行います。利用期間は、原則 2 年間です。 |
| 就労継続支援(A 型) | 一般企業への就労が困難な者に、 <u>雇用契約に基づいた就労の機会</u> を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行います。 |
| 就労継続支援(B 型) | 一般企業への就労が困難な者に、就労の機会や生産活動の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行います。 |
| 就労定着支援 | 一般就労に移行した者に、就労に伴う生活面の課題等に対応するための支援を行います。 |

障がい児通所支援

《対象者》

心身に障がいがある障がい児

※身体障がい者手帳等を所持している必要はありません。

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

《必要書類》

○申請書 ○医師意見書 ○身体障がい者手帳等 健康保険証(世帯員全員分)

○印鑑 ○マイナンバーが確認できるもの

《サービスの内容》

日常生活における基本的な動作の指導、生活能力向上のために必要な訓練、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、社会との交流の促進などの支援を行います。

| 種類 | 支援の内容 |
|--------------------------------|---|
| 施設に通って利用するサービス(障がい児通所系) | |
| 児童発達支援 | 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行います。 |
| 医療型児童発達支援 | 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行います。 |
| 放課後等デイサービス | 放課後又は休校日に、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行います。 |
| 訪問を受けるサービス(障がい児訪問系) | |
| 居宅訪問型発達支援 | 重度の障がい等により、外出が著しく困難な障がい児の居宅を訪問して発達支援を行います。 |
| 保育所等訪問支援 | 保育所等を訪問し、集団生活への適応のための専門的な支援を行います。 |

3. 一時的に自宅で介護ができなくなった場合の支援

【日帰りショートステイ(日中一時支援事業)】

〔問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL : 0185 - 45 - 2114

《内容》

自宅で介護する家族の就労や地域社会参加、一時的休息等の理由により、居宅において介護等を受けることが困難な障がい者(児)に対し、日中における活動の場を提供します。

《自己負担額》

原則 1 割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

《必要書類》

○申請書 ○身体障がい者手帳又は療育手帳

○本人の収入が分かるもの(障がい者年金証書等) ○印鑑

【ショートステイ(障がい福祉サービス)】※再掲

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

自宅で介護する家族が病気の場合などに、短期間、障害者支援施設等に宿泊し、入浴、排せつ、食事の介護等を提供します。

※障がい支援区分の認定を受ける必要があります。申請を受けてから認定まで1～2ヶ月かかります。

※障がい支援区分認定のために、医師意見書や認定調査が必要です。

《自己負担額》

原則 1割負担(課税世帯のみ)

課税状況等によって、負担額に上限があります。

18歳以上の場合、世帯の範囲は障がい者本人及び配偶者となります。

《必要書類》

○申請書 ○医師意見書 ○身体障がい者手帳等 ○健康保険証(世帯員全員分)

○本人の収入が分かるもの(障がい者年金証書等) ○印鑑

○マイナンバーが確認できるもの

4. 精神に障がいがある方への日中の活動支援

【地域活動支援センターよつば】

〔問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

地域活動支援センターよつば TEL：018-852-5250

《内容》

精神に障がいがある方の日中の活動支援として、五城目町にある「よつば」へ通所することができます。

創作的活動や生産活動、レクリエーションや講習会など社会との交流促進等を図り、自立した日常生活や社会生活を送れるよう支援します。

5. 外出時の手話通訳者や要約筆記者の派遣

【意思疎通支援事業】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

FAX：0185-45-2162

《内容》

聴覚の障がいによりコミュニケーション支援が必要な方は、外出する時に手話通訳者や要約筆記者の派遣を利用できます。

6. 身体障がい者補助犬の給付

【身体障がい者補助犬給付事業】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課 TEL：0185-45-2114
福祉相談センター TEL：018-831-2301

《内容》

身体に重度の障害のある方の行動範囲を広げることにより、社会活動への参加と自立更生を促進するため、身体障がい者補助犬の給付を受けることができます。

《対象者》

県内に居住し、原則として満 18 歳以上の視覚障がい者で、次の要件を全て備えた方が対象となります。

□身体障がい者手帳を所持していること。

盲導犬：視覚障がい 1 級

聴導犬：聴覚障がい 2 級

介助犬：肢体不自由 1 級

□現に就労(自営・通勤)しているか内定していること

□所定の訓練を受け、盲導犬を適切に利用し、飼育できると認められる方

□自家以外に居住する方はその家屋を所有又は管理する方の承諾を得られること

医療費

1. 医療費の助成

【自立支援医療(公費負担医療制度)】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

心身の障がい除去・軽減のための医療について、医療費の自己負担分を軽減する公費負担医療制度です。利用にあたっては、事前に申請のうえ、医療の必要性について認定を受けていただく必要があります。

| | |
|------|---|
| 更生医療 | 《対象》 身体障がい者手帳の交付を受けている18歳以上の方が指定医療機関で受ける、その障がい除去・軽減のための治療で確実に効果が期待できるもの 《対象となる障がい区分》 視覚障がい、聴覚・平衡機能障がい、音声・言語・そしゃく機能障がい、肢体不自由、内部障がい(心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能障がい)、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい 《必要書類等》 ○申請書 ○医学的意見書 ○同意書 ○印鑑 ○健康保険証(世帯員全員分) ○身体障がい者手帳 ○人工透析療法の場合は特定疾病療養受療証の写し ○マイナンバーが分かるもの(世帯員全員分) |
| 育成医療 | 《対象》 18歳未満の児童が指定医療機関で受ける、その障がい除去・軽減するための治療で確実に効果が期待できるもの 《対象となる障がい区分》 視覚障がい、聴覚・平衡機能障がい、音声・言語・そしゃく機能障がい、肢体不自由、内部障がい(心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能障がい)、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい 《必要書類等》 ○申請書 ○自立支援医療(育成医療)意見書 ○同意書 ○印鑑 ○健康保険証(世帯員全員分) ○人工透析療法の場合は特定疾病療養受療証の写し ○マイナンバーが分かるもの(世帯員全員分) |
| 精神通院 | 《対象者》 18歳未満の児童で対象医療を指定医療機関で受ける方 《対象医療》 視覚障がい、聴覚障がい、言語障がい、肢体不自由、内部障がい(心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能障がい) 《必要書類等》 ○申請書 ○同意書 ○診断書 ○印鑑 ○健康保険証(世帯員全員分) ○マイナンバーが分かるもの(世帯員全員分) |

【福祉医療】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《内容》

該当の方の保険診療にかかる自己負担分を全額助成します。
新規に手帳を取得された方、又は65歳になられる方で4～6級の身体障がい者手帳をお持ちの方は、窓口でご確認ください。

《対象者》

- 身体障がい者手帳の1～3級又は療育手帳Aをお持ちの方
社会保険の本人のみ所得制限があります。
- 65歳以上で、身体障がい者手帳の4～6級をお持ちの方。所得制限があります。

《必要書類等》

- 健康保険証
- 身体障がい者手帳又は療育手帳

2. 赤ちゃんが未熟児で生まれて入院したときの助成

【未熟児養育医療】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《内容》

赤ちゃんが未熟児で生まれて入院した場合、医療費と食事療養費を助成します。

《対象費用》

おむつ代を除く入院医療費、食事療養費

《自己負担額》

課税状況に応じて自己負担額を決定しますが、自己負担額は、福祉医療費として全額還付されます。

《必要書類等》

- 申請書
- 世帯調書
- 意見書
- 課税証明書等
- 印鑑

3. 季節性インフルエンザ予防接種の助成

【季節性インフルエンザ定期予防接種】

〔問い合わせ先〕 保健センター
TEL：0185-45-2613

《内容》

季節性インフルエンザの予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。
対象となる方には、接種時期になりましたら案内を送付しています。

4. 特定疾患で通院・入院している方への助成(県の事業)

【特定医療費(指定難病)医療費助成事業】

〔問い合わせ先〕 秋田地域振興局
TEL：018-855-5170

《内容》

指定難病に該当し、一定の認定基準を満たしている方に医療受給者証を交付し、医療費の自己負担分(食事療養費を含む)の一部を助成します。詳細については、秋田地域振興局へお問い合わせください。

【先天性血液凝固因子障害等治療研究事業】

〔問い合わせ先〕 秋田地域振興局
TEL：018-855-5170

《内容》

先天性血液凝固因子障害患者の医療保険等の自己負担分を助成することで、医療負担の軽減を図ります。詳細については、秋田地域振興局へお問い合わせください。

【小児慢性特定疾患医療費助成制度】

〔問い合わせ先〕 秋田地域振興局
TEL：018-855-5170

《内容》

小児慢性特定疾患に該当する児童等について、医療負担軽減を図るため、医療費の自己負担分の一部を助成します。詳細については、秋田地域振興局へお問い合わせください。

助成・手当・年金

1. 住宅改修費の助成

【住宅改修費給付】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《内容》

重度身体障がいのある方が、在宅生活を容易にするために、段差解消や手すりの取付けなど住宅等を改造する費用を助成します。必ず着工前にご相談して下さい。

※介護保険の要介護認定を受けている方は介護保険制度が優先されます。

《対象者》

上肢・下肢・体幹障がいの1～2級の方

※改修内容により3級までや1級のみ場合があります。

《助成額》

改造にかかった実費(上限200,000円)から自己負担額(原則1割)を差し引いた額

《必要書類等》

- 申請書 ○改造箇所の図面 ○改造費用の見積書 ○工事前写真
- 身体障がい者手帳 ○印鑑

2. 自動車改造費の助成

【身体障がい者用自動車改造費助成】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいのある方が自動車を運転する場合、障がいにあわせて自動車の運転装置や駆動装置などの一部を改造する改造費を助成します。必ず改造着工前に申請して下さい。

《対象範囲》

上肢・下肢・体幹機能に3級以上の障がいのある方で、就労等に伴い自らが所有し運転する自動車(ただし、リフトの取り付けなど車体の改造は該当しません。)

《助成額》

改造にかかった実費(上限100,000円)

※本人やご家族の所得額により制限があります。

《必要書類等》

- 申請書 ○運転免許証 ○身体障がい者手帳 ○見積書
- 年金を受給している場合、金額の分かるもの(はがき等)

※改造後は、自動車改造整理券に改造後の写真を添えて提出してください。

3. 運転免許取得費取得費の助成

【障がい者自動車運転免許取得費の助成】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいのある方が自動車免許の取得に要した費用の一部を助成します。中型・大型自動車は除きます。

免許取得後 6 ヶ月以内に申請して下さい。

《対象者》

上肢・下肢・聴覚などの 4 級以上の障がい又は療育手帳の交付を受けた方で、自動車運転免許を取得することで就労などの社会参加が見込まれ、公安委員会でおこなう障がいを持つ方に対する適性試験において、条件を付せられた方。

《助成額》

100,000 円(上限)

《必要書類等》

○申請書 ○技能教習実績書 ○運転免許証 ○身体障がい者手帳又は療育手帳

4. 重度の障がいがある方への手当

【特別障がい者手当】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《対象者》

20 歳以上で精神又は身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別な介護を必要とする方

※施設に入所している場合、病院や診療所などに 3 か月以上継続して入院している場合、本人や扶養義務者の前年の所得が限度額を超えている場合は対象外です。

《手当額》

月額 27,300 円(令和 4 年 4 月 1 日現在)

《必要書類等》

○申請書(特別障がい者手当認定請求書) ○特別障がい者手当用の診断書
○世帯全員の住民票 ○所得状況届
○年金を受給している場合、金額のわかるハガキなど
○障がい者本人の銀行通帳 ○手帳(お持ちのかた) ○印鑑
○マイナンバーがわかるもの

【障がい児福祉手当】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《対象者》

20歳未満で、身体障がい者手帳のおおむね1級か療育手帳のおおむねA程度の障がいがあり、日常生活において常時介護を必要とする方

※身体障がい者手帳を所持していなくても同程度の障がいがある方は対象となります。

※施設に入所している場合、本人や扶養義務者の前年の所得が限度額を超えている場合は対象になりません。

《手当額》

月額 14,850 円(令和4年4月1日現在)

《必要書類等》

○申請書(障がい児福祉手当認定請求書) ○障がい児福祉手当用の診断書

○世帯全員の住民票 ○所得状況届

○年金を受給している場合、金額のわかるハガキなど

○障がい児本人の銀行通帳 ○手帳(お持ちのかた) ○印鑑

○マイナンバーがわかるもの

5. 重度の障がいのある父又は母と共に子を扶養している方への手当

【児童扶養手当】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《対象者》

18歳未満の児童を養育している、父母の離婚などにより父又は母と生計を同じくしていない保護者あるいは、父又は母が政令で定める程度の重度の障がいの状態にある保護者

※児童が政令で定める程度の障がいの状態にある場合は、20歳未満までのお子さんが対象となります。

※対象児童が施設に入所している場合や、受給資格者や同居家族の前年の所得が限度額をこえている場合は対象になりません。

《手当額(令和4年4月1日から)》

| 児童数 | 全部支給 | 一部支給 |
|------|-------------------|-----------------|
| 1人 | 43,070円 | 43,060～10,160円 |
| 2人 | 10,170円加算 | 10,160～5,090円加算 |
| 3人以上 | 1人増加するごとに6,100円加算 | 6,090～3,050円加算 |

《必要書類等》

○認定請求書 ○請求者と対象児童の戸籍謄本又は抄本 ○世帯全員の住民票

○振込先口座申出書(金融機関での証明が必要となります)

○障がい児を扶養している方の通帳 ○請求者及び児童の健康保険証

○印鑑 ○マイナンバー

6. 障がいのある子どもを養育している方への手当

【特別児童扶養手当】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《対象者》

障がいの程度が次のいずれかに該当する 20 歳未満の児童を養育している保護者

1 級：身体障がい者手帳 1 級・2 級程度の身体障がい者又は療育手帳の判定が重度 (A) 程度の知的障がい者又は同程度の精神障がいがある方等

2 級：身体障がい者手帳 3 級程度及び下肢障がい 4 級の一部の身体障がい者又は同程度の精神障がいのある方等

※対象児童が施設に入所している場合や、受給資格者や同居家族の前年の所得が限度額をこえている場合は対象になりません。

《手当額》

1 級：月額 52,400 円(令和 4 年 4 月 1 日現在)

2 級：月額 34,970 円(令和 4 年 4 月 1 日現在)

《必要書類等》

○認定請求書 ○請求者と対象児童の戸籍謄本又は抄本 ○世帯全員の住民票

○診断書(療育手帳「A」の交付を受けている方は療育手帳のコピー)

○振込先口座申出書(金融機関での証明が必要となります)

○障がい児を扶養している方の通帳 ○印鑑 ○マイナンバーがわかるもの

7. 病気やけがなどによる障がいへの助成(障がい年金)

【障がい基礎年金】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《対象者》

20 歳になる前に初診日のある病気やけがによる障がいがある方(所得制限あり)

国民年金の被保険者期間中か、60 歳以上 65 歳未満の間に初診日のある病気やけがによる障がいがあるかた(一定の保険料の納付期間が必要です)

《年金額》

1 級：年額 990,100 円(22 年度～)

2 級：年額 792,100 円(22 年度～)

※年金額の等級は申請によって決定されますので、身体障がい者手帳の等級と必ずしも一致しません。

《加算額》

年金の受給権者によって生計を維持されている 18 歳到達年度の末日までの子がいるとき、又は障がい等級が 1、2 級の障がいの状態にある 20 歳未満の子がいるときは加算されます。

1 人目・2 人目の子：一人につき年額 227,900 円(21 年度～)

3 人目以降の子：一人につき年額 75,900 円

【特別障がい給付金】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《対象者》

国民年金に任意加入していなかった下記の①又は②の期間に障がいを負った病気やケガの初診日があり、現在基礎年金の1級及び2級に該当する方(障がい基礎年金や障がい厚生年金、障がい共済年金などを受給することができる方は対象になりません)

①昭和61年3月以前の任意加入対象者であった厚生年金等の配偶者の期間

②平成3年3月以前の任意加入対象者であった学生などの期間

《支給額》

□1級：月額 50,700 円

□2級：月額 40,560 円

【障がい厚生年金】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課
TEL：0185-45-2114

《対象範囲》

厚生年金の被保険者中に初診日のある病気やけがによる障がいがあるかた

※一定の保険料の納付期間が必要です

《年金額》

障がいの程度や被保険者期間などによって決定されます。

※共済組合に加入している方は障がい共済年金になりますので、各共済組合にお問い合わせください。

8. 交通事故による障がいへの支援(自動車事故対策機構)

自動車事故対策機構では、自動車事故被害者とその家族を支えるための活動を行っています。詳しくは自動車事故対策機構秋田支所に、お問い合わせください。

【交通遺児等貸付】

〔申請・問い合わせ先〕 独立行政法人自動車事故対策機構
所在地：秋田市八橋大畑 2-12-53(秋田支所)
TEL：018-863-5875
ホームページ：<https://www.nasva.go.jp/>

《内容》

自動車事故により、保護者が死亡または重度の後遺障がいを残すこととなった子どもの健全な育成を図るため、中学校卒業までの方を対象に、生活資金の無利子貸し付けを行っています。

詳細はホームページをご確認ください。

【介護料支給】

〔申請・問い合わせ先〕独立行政法人自動車事故対策機構
所在地：秋田市八橋大畑 2-12-53(秋田支所)
TEL : 018-863-5875
ホームページ：https://www.nasva.go.jp/

《内容》

自動車事故が原因で、脳、脊髄又胸腹部臓器を損傷し、重度の障害を持つため、移動、食事及び排せつなど日常生活動作について常時又は随時の介護が必要な方に介護料を支給します。

詳細はホームページをご確認ください。

9. 心身障がい者扶養共済制度

【心身障がい者扶養共済制度】

〔問い合わせ先〕秋田地域振興局
TEL : 018-855-5170

《内容》

障がいのある方を扶養している保護者が、自らの生存中に毎月一定の掛金を納めることにより、保護者に万一(死亡・重度障がい)のことがあったとき、障がいのある方に終身一定額の年金を支給する任意加入制度です。加入時の年齢によって掛金等納付額が異なりますので、詳しくはお問い合わせ下さい。

税金の控除や減免

1. 税金の控除

【所得税・村民税・県民税・贈与税・相続税】

【問い合わせ先】《所得税・相続税・贈与税について》

秋田南税務署 TEL：018-832-4121

秋田北税務署 TEL：018-845-1161

《村民税・県民税について》

役場税務会計課 TEL：0185-45-2113

《内容》

各種税金が控除される場合があります。詳しくは、各担当へお問い合わせください。

《対象となる方》

| 区分 | 控除額 | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| | 所得税 | 村・県民税 | 相続税 | 贈与税 |
| I 納税者本人が次の①・②・③の場合など ①身体障がい者手帳 1・2 級の方 ②療育手帳の「A」の方 ③精神障がい者保健福祉手帳の 1 級をお持ちの方 | 障がい者 1 人につき 40 万円 | 障がい者 1 人につき 30 万円 | 相続人が ①・②・③の場合 20 万円× (85 歳－相続開始時の年齢) | ①・②・③の方の生活費などに充てるために、一定の信託契約に基づいて①・②・③の方を受益者とする財産の信託があったときは、その信託受益権の価額のうち、6,000 万円まで非課税 |
| II 同一生計配偶者や扶養親族が上記①・②・③の場合 | | | | |
| III IIの対象となる方が同居の場合 | 75 万円 | 53 万円 | | |
| IV 納税者本人が次の④・⑤・⑥の場合など ④身体障がい者手帳の 3～6 級をお持ちの方 ⑤療育手帳の「B」をお持ちの方 ⑥精神障がい者保健福祉手帳の 2・3 級をお持ちの方 | 障がい者 1 人につき 27 万円 | 障がい者 1 人につき 26 万円 | 相続人が、 ④・⑤・⑥の場合 10 万円× (85 歳－相続開始時の年齢) | |
| V 配偶者控除や扶養控除の対象となる方が④・⑤・⑥の場合など | | | | |

※控除額は、令和 4 年 4 月 1 日現在のものです。今後変更される場合があります。

※税金の控除は、前年の 12 月 31 日時点での現況によります。そのため、1 月 1 日以降に初めて障がい認定を受けた場合、その年は障がい者控除の対象となりません。

※障がい者の所得が 125 万円以下の場合、市町村民税・県民税は非課税になります。

2. 自動車税・軽自動車税

【自動車税種別割・自動車税環境性能割・軽自動車税環境性能割】

〔申請・問い合わせ先〕秋田総合県税事務所課税部課税第四課

所在地：秋田市山王四丁目 1-2

TEL : 018-860-3339

《内容》

障がいのある方が取得又は所有する自動車は、自動車税種別割、自動車税環境性能割、軽自動車税環境性能割の減免が受けられます。

減免を受けることができるのは、障がい者 1 人につき 1 台です。軽自動車税種別割の減免を受けた場合は、自動車税種別割の減免を受けることはできません。

《減免を受けられる自動車》

本人運転……自らが運転する自動車

家族運転……障がいのある方の通学、通院、通所、生業のために、生計を同一にする方が運転する自動車

介護者運転…障がいのある方(障がいのある方のみで構成される世帯の方に限り)の通学、通院、通所、生業のために、常時介護する方(1年以上の期間にわたり、週3日以上障がい者本人のために運転を行っている、又は行う見込みがある方)が運転する自動車

※減免を受けることができる自動車は、次のいずれかに限ります。

ただし、障がい者が 18 歳未満の場合や知的障がい者・精神障がい者については、家族の方の名義でも減免を受けることができます。

・ 4 月 1 日現在で障がい者本人が所有しているもの、

・ 4 月 1 日以降障がい者本人が新規登録で取得するものに限ります。

※本人運転以外の場合、「自動車税等に係る生計同一(常時介護)証明書」が必要です。

《必要書類等》

○減免申請書(秋田地域振興局に備え付けてあります。

県のホームページ(<https://www.pref.akita.lg.jp>)からもダウンロードできます。

サイト内検索機能で「自動車税 減免」と検索してください。

○身体障がい者手帳又は戦傷病者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳

○運転するかたの運転免許証の写し

○生計同一証明書(家族等が運転する場合)

○常時介護証明書(常時介護する方が運転する場合)

○自動車検査証

《自動車税の減免申請受付期間》

4 月 1 日から 6 月 30 日まで

※新たに自動車を取得する際に、自動車税種別割や自動車税環境性能割及び軽自動車税環境性能割がかかる場合は、自動車の登録手続きをする時に、秋田県総合県税事務所長に申告書の提出と減免申請を行って下さい。

証明書等が必要になる場合がありますので、事前にご確認下さい。

《減免の対象となる方(4月1日現在手帳の交付を受け、次表に該当する方)》

| 運転の区分 | | 本人運転 | 家族運転 介護者運転 | 備考 |
|--------------------------|------|---------------------|---------------------|--|
| 障がいの区分 | | | | |
| 視覚障がい | | 1級～4級 | | ※ ₁ 上肢のみに運動機能がある者を除く。 |
| 聴覚障がい | | 2級・3級 | | |
| 平衡機能障がい | | 3級 | | |
| 喉頭摘出による音声機能障がい | | 3級 | — | ※ ₂ 3級の場合、一下肢のみに運動機能障がいがある者を除く |
| 上肢不自由 | | 1級・2級 | | |
| 下肢不自由 | | 1級～6級 | 1級～3級 | |
| 体幹不自由 | | 1級～3級・5級 | 1級～3級 | |
| 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい | 上肢機能 | 1級・2級※ ₁ | | |
| | 移動機能 | 1級～6級 | 1級～3級※ ₂ | |
| 心臓機能障がい | | 1級・3級 | | |
| じん臓機能障がい | | 1級・3級 | | |
| 呼吸器機能障がい | | 1級・3級 | | |
| ぼうこう・直腸の機能障がい | | 1級・3級・4級 | 1級・3級 | |
| 小腸の機能障がい | | 1級・3級 | | |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい | | 1級～3級 | 1級・3級 | |
| 知的障がい | | 療育手帳A | | |
| 精神障がい | | 精神障がい者保健福祉手帳1級 | | |

※車椅子昇降装置、固定装置や浴槽を装着する等の特別の仕様により製造されたものや、一般の軽自動車に同様の構造変換が加えられたもので、自動車検査証の「車体の形状」欄の記載が「身体障がい者輸送車」、「入浴車」、「車いす移動車」、「患者輸送車」であるものも減免の対象になります。

※戦傷病者手帳の交付を受けているかたの該当区分の詳細についてはお問い合わせ下さい。

【軽自動車税種別割】

〔申請・問い合わせ先〕 役場税務会計課

TEL：0185-45-2113

《内容》

障がいのある方が取得又は所有する軽自動車については、軽自動車税種別割の減免が受けられます。減免を受けることができるのは、障がい者1人につき1台です軽自動車税種別割の減免を受けた場合は、軽自動車税種別割の減免を受けることはできません。

《減免を受けられる軽自動車》

本人運転……自らが運転する自動車

家族運転……障がいのある方の通学、通院、通所、生業のために、生計を同一にする方が運転する自動車

介護者運転……障がいのある方(障がいのある方のみで構成される世帯の方に限ります)の通学、通院、通所、生業のために、常時介護する方(1年以上の期間にわたり、週3日以上障がい者本人のために運転を行っている、又は行う見込みがある方)が運転する自動車

《必要書類等》

- 減免申請書 ○運転免許証 ○車検証 ○印鑑 ○各障がい者手帳
- 生計同一証明書(家族等が運転する場合)
- 常時介護証明書(常時介護する方が運転する場合)

《減免申請について》

- 減免申請の受付期間は、納税通知書が届いてから、納期限の7日前までです。各年度の申請期限は、役場税務会計課へお問い合わせしてください。締切を過ぎた申請は受け付けられませんので、ご注意下さい。
- 年度途中で軽自動車を普通自動車に買い替えた場合、その年度に、既に軽自動車税の減免を受けているときは、自動車税の減免は受けることができません。
- 対象となる「障がい者本人が所有する」車とは、「障がい者本人が納税義務者」である車を言います。リース会社が納税義務者となっている車は対象になりません。分割払いなどのため、所有者が金融機関になっていても、納税通知書が本人宛に送られるものは対象になります。
- 世帯を同じくする配偶者、親子については、生計同一証明書は必要ありません。同居の親子であっても、世帯が別になっているときは、生計同一証明書が必要です。配偶者・親子以外で、同居している方が運転する場合も、生計同一証明書が必要です。
- 障がい者本人と別世帯の介護者が運転する車両の減免を申請するときは、常時介護証明書のほか、納税義務者と同一世帯の全員分の障がい者手帳(写し)を添付して下さい。全員が身体障がい者手帳などを持っている世帯に限り、同居していない方や生計を同じくしない方が運転する車両であっても減免の対象となります。

《減免の対象となる方(4月1日現在手帳の交付を受け、次表に該当する方)》

| 運転の区分 | | 本人運転 | 家族運転 介護者運転 | 備考 |
|--------------------------|------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|
| 障がいの区分 | | | | |
| 視覚障がい | | 1級～4級 | | ※ ₁ 上肢のみに運動機能がある者を除く。 |
| 聴覚障がい | | 2級・3級 | | |
| 平衡機能障がい | | 3級 | | |
| 喉頭摘出による音声機能障がい | | 3級 | — | |
| 上肢不自由 | | 1級・2級 | | |
| 下肢不自由 | | 1級～6級 | 1級～3級 | |
| 体幹不自由 | | 1級～3級・5級 | 1級～3級 | |
| 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障がい | 上肢機能 | 1級・2級※ ₁ | | |
| | 移動機能 | 1級～6級 | 1級～3級※ ₂ | |
| 心臓機能障がい | | 1級・3級 | | |
| じん臓機能障がい | | 1級・3級 | | |
| 呼吸器機能障がい | | 1級・3級 | | |
| ぼうこう・直腸の機能障がい | | 1級・3級・4級 | 1級・3級 | |
| 小腸の機能障がい | | 1級・3級 | | |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい | | 1級～3級 | | |
| 知的障がい | | 療育手帳A | | |
| 精神障がい | | 精神障がい者保健福祉手帳 1級 | | |

【自動車税等に係る生計同一(常時介護)証明書】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL : 0185-45-2114

《内容》

自動車税等の減免を受ける際、本人運転以外の場合は「自動車税等に係る生計同一(常時介護)証明書」が必要となります。

《提出書類》

- 身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳
- 運転者の免許証 ○車検証 ○印鑑 ○通院・通学証明書等(常時介護の場合)

3. 個人事業税

【個人事業税】

〔問い合わせ先〕 秋田総合県税事務所課税部課税第一課

所在地：秋田市山王四丁目 1-2

TEL : 018-860-3338/FAX : 018-860-3333

《内容》

両眼の視力が0.06以下の視覚障がいがある方で、あんま・はり・きゅうなどの事業を個人で行っているかたは、事業税の対象になりません。

4. 少額貯蓄の利子等の非課税

【マル優・特別マル優】

〔問い合わせ先〕 お近くの金融機関窓口まで

《内容》

障がいのある方は、元金が350万円までの郵便貯金や銀行の普通貯金の利子が非課税になります。

公共料金などの割引や助成

1. 交通機関の割引制度

【JR運賃の割引】

【問い合わせ先】 ○各旅客鉄道の窓口
○JR 東日本お問い合わせセンター TEL：050-2016-1600

《内容》

割引のお申し出の際は、障がい者手帳(旅客鉄道株式会社旅客運賃減額欄に第1種または第2種の記載のあるもの)が必要となります。列車等を利用する際にも必ず手帳をお持ちいただき、係員の請求があった場合はご提示ください。

| 対象 | 割引対象乗車券類 | 割引率 | 備考 |
|-------------------------------------|-------------------------|-----|-----------------|
| 第1種障がい者とその介護者 | 普通乗車券 回数乗車券 普通急行券 | 50% | |
| 第1種障がい者とその介護者 又は12歳未満の障がい者とその介護者 | 定期乗車券 (小児定期乗車券を除く) | 50% | |
| 第1種、第2種障がい者が 単独でご利用になる場合 | 普通乗車券 | 50% | 片道の営業キロが101キロ以上 |

【タクシー運賃の割引等】

【問い合わせ先】 各タクシー会社まで

《内容》

一般社団法人秋田県ハイヤー協会加入のタクシーに乗車したとき、身体障がい者手帳や療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳を見せることで運賃が1割引になります。ただし、精神障害者保健福祉手帳は、県内一部タクシー事業者で割引適用できない場合がありますので、ご注意ください。

【有料道路通行料金の割引】

《問い合わせ先》 《申請に関するお問い合わせ》

役場福祉保健課 TEL：0185-45-2114

《制度に関するお問い合わせ》

東日本高速道路株式会社(NEXCO 東日本)お客様センター

TEL：0570-024-024

《内容》

通勤、通学、通院等の日常生活において有料道路を利用する障がい者手帳を所持する方は、有料道路料金の割引を受けることができます。

ETCを利用して割引を受けることもできます。

※事前に申請が必要です。

※障がい者一人につき一台限りの登録です。

《対象範囲》

| 区分 | 対象となる方 |
|-------------------------------|--|
| 障がい者手帳所持者自らが運転する場合 | 身体障がい者手帳の交付を受けている方 |
| 障がい者手帳所持者本人が同乗し、本人以外の方が運転する場合 | 障がい者手帳の交付を受けている方又は療育手帳の交付を受けている方のうち、重度の障がいをお持ちの方 |

《対象車種(自家用自動車のみ)》

□乗用自動車…乗車定員 10 人以下のもの

□貨物自動車…後部座席が設置され、乗車定員が 4 人以上 10 人以下で、最大積載量が 500kg 以下のもの

□特殊用途自動車…乗車定員が 10 人以下の「車いす移動車」、「身体障がい者輸送車」、または「キャンピング車」

□二輪自動車…総排気量が 125cc を超えるもの

《割引率》

通常料金の半額が割り引かれます。端数が生じる場合は、支払額を 10 円単位で切り上げになります。

《必要書類等》

○身体障がい者手帳もしくは療育手帳 ○自動車検査証

○障がい者本人が運転する場合は運転免許証

○障がい者本人名義の ETC カード (ETC を利用して割引を受ける場合)

○ETC 車載器セットアップ申込書・証明書 (ETC を利用して割引を受ける場合)

障がい者本人が未成年の重度障がい者で介護者運転の適用を受ける場合は、親権者又は後見人名義のものも適用になります。

《利用方法》

①ETC を利用しない場合

料金所係員が手帳の記載事項を確認しますので、必要事項が記載された箇所を提示してください。

料金精算機又は自動収受機が設置されている料金所では、備え付けの係員呼び出しレバー又はボタンにより、係員を呼んでください。

②ETC を利用する場合

事前に登録された ETC カードを、登録された ETC 車載器に挿入して ETC レーンを通行してください。

【バス運賃の割引】

〔問い合わせ先〕 高速バスの割引及び事業の詳細について各バス会社まで

《内容》

身体障がい者手帳・療育手帳をお持ちの方が、バスに乗車した時に手帳を提示することにより、運賃が割引になります。

《身体障がい者手帳、療育手帳を所持している方》

| ○秋田中央トランスポート株式会社 TEL：018-862-6390 | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---|---|
| 手帳の種類 | 第1種身体障がい者手帳 又は療育手帳Aをお持ちの方 | 《12歳未満》 第2種身体障がい者手帳 又は療育手帳Bをお持ちの方 | 《12歳以上》 第2種身体障がい者手帳 又は療育手帳Bをお持ちの方 |
| 対象 | 本人及び介護者 | 本人及び介護者 | 本人のみ |
| 普通乗車券 | 割引率：5割 | ※降車時に手帳を提示 ※割引のない路線有 | |
| 回数券 | 無 | ※購入時は通常価格だが、乗車運賃は上記「普通乗車券」と同様の扱い | |
| 定期券 | 割引率：3割 | ※購入時に手帳を提示 | |
| ○秋田中央交通株式会社 TEL：018-823-4413 | | | |
| 手帳の種類 | 第1種身体障がい者手帳 又は療育手帳Aをお持ちの方 | 《12歳未満》 第2種身体障がい者手帳 又は療育手帳Bをお持ちの方 | 《12歳以上》 第2種身体障がい者手帳 又は療育手帳Bをお持ちの方 |
| 対象 | 本人及び介護者 | 本人及び介護者 | 本人のみ |
| 普通乗車券 | 割引率：5割 | ※降車時に手帳を提示 ※割引のない路線有 | |
| 回数券 | 無 | ※購入時は通常価格だが、乗車運賃は上記「普通乗車券」と同様の扱い | |
| 定期券 | 割引率：3割 | ※手帳所持者本人が小児定期券を購入する場合は、割引なし ※購入時と降車時に手帳を提示 | |
| 《精神障がい者保健福祉手帳を所持している方》 | | | |
| ○秋田中央トランスポート株式会社 TEL：018-862-6390 | | | |
| 対象 | 本人及び介護者 | | |
| 普通乗車券 | 割引率：5割 | ※降車時に手帳を提示 ※割引のない路線有 | |
| 回数券 | 無 | ※購入時は通常価格だが、乗車運賃は上記「普通乗車券」と同様の扱い | |
| 定期券 | 割引率：3割 | ※購入時に手帳を提示 | |
| ○秋田中央交通株式会社 TEL：018-823-4413 | | | |
| 対象 | 本人のみ | | |
| 普通乗車券 | 割引率：5割 | ※降車時に手帳を提示 ※割引のない路線有 | |
| 回数券 | 無 | ※購入時は通常価格だが、乗車運賃は上記「普通乗車券」と同様の扱い | |
| 定期券 | 割引率：3割 | ※小児定期券を購入する場合は、割引なし ※購入時と降車時に手帳を提示 | |

【国内航空旅客運賃の割引】

〔問い合わせ先〕各航空会社まで

《対象範囲》

下記の手帳をお持ちの方及び、同一便に搭乗する介護者(1人まで)

身体障がい者手帳

戦傷病者手帳

療育手帳

精神障がい者保健福祉手帳

※介護者とは、航空会社で介護能力があると認める12歳以上の方です。

※航空会社によって要件が異なる場合があります。

《割引率》

航空会社により異なります。詳細は、各航空会社までお問い合わせください。

2. 点字文字や録音テープ等の郵送

【点字郵便・点字ゆうパック】

〔問い合わせ先〕秋田中央郵便局

所在地：秋田市山王四丁目1-2

TEL：0570-008-157

《内容》

点字文書を郵送する場合、3kgまでは無料となっています。

3kgを超える場合は普通小包料金の半額になります。

《手続き》

封筒に「点字用郵便」または「点字ゆうパック」と書き、一部を切って中身が確認できるかたちでポストに投函してください。

3. 携帯電話料金の割引

【携帯電話料金】

〔問い合わせ先〕各携帯電話会社へお問い合わせください。

《内容》

障がいのある方が携帯電話を利用する際、電話料等の割引や障がい者用料金プランの利用ができます。

《対象》

身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちの方

《割引内容》

各携帯電話会社によって異なりますので、詳しくは各社にお問い合わせ下さい。

4. NTT 無料番号案内

【NTT 無料番号案内(ふれあい案内)】

【問い合わせ先】 ふれあい案内事務局

TEL：0120-104174/FAX：0120-104134

《内容》

目や上肢等が不自由な方、知的障がいや精神障がいのある方など電話帳の利用が困難な方には無料で電話番号を案内します。

《対象者》

身体障がい者手帳をお持ちで、下記のいずれかの障がいのある方

視覚障がいの1級～6級

肢体不自由(上肢、体幹、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい)の1級・2級

聴覚障がいの2級・3級・4級・6級

音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害の3級・4級

精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方

療育手帳をお持ちの方

《必要書類等》

身体障がい者手帳 精神障がい者保健福祉手帳 療育手帳

5. NHK を受信している方

【NHK 放送受信料の減免】

【申請・問い合わせ先】 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

障がいのある方がいる世帯では、下記の要件により受信料が全額又は半額に免除されます。

《対象者と免除額》

| | |
|------|--|
| 全額免除 | ①身体障がい者手帳保持者がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合 ②療育手帳保持者がいる世帯で、かつ、世帯全員が市町村民税非課税の場合 ③精神障がい者保健福祉手帳保持者がいる世帯で、かつ、世帯全員が市町村民税非課税の場合 |
| 半額免除 | ④視覚障がい又は聴覚障がいにより、身体障がい者手帳をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合 ⑤身体障がい者手帳(1級又は2級)をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合 ⑥療育手帳をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合 ⑦精神障がい者保健福祉手帳(1級)をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合 |

《必要書類等》

申請書 印鑑 身体障がい者手帳又は療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳

世帯の収入が確認できるもの(全額免除の場合)

《手続き》

福祉保健課で申請書に証明をもらってから、NHK に申請書を郵送で提出してください。申請書は役場福祉保健課窓口にて備え付けてあります。

文化・スポーツ等

1. スポーツ大会への参加

【秋田県障がい者体育大会】

【問い合わせ先】 秋田県障がい者スポーツ協会
TEL：018-864-2750(FAX兼用)

《内容》

秋田県では、障がい者のスポーツ大会を、毎年1回開催しています。

《対象者》

- 身体障がいのある方(内部障がいの方は参加できない場合もあります)
知的障がいのある方 精神障がいのある方

《競技種目》

陸上競技、卓球、サウンドテーブルテニス、水泳、アーチェリー、ボウリング、ソフトバレーボール、フライングディスク

2. 料金が割引される施設

【料金が割引される施設一覧】

【問い合わせ先】 各施設へ直接お願いします。

《内容》

身体・療育・精神障がい者保健福祉手帳をもっていることで利用料金が割引される施設の紹介です。割引を受けるときは、お持ちの障がい者手帳を受付で提示してください。

| | |
|--------|---|
| 美術館 | 秋田県立美術館 TEL：018-853-8686 《常設展》障がい者手帳保持者と付添人1人入場料無料 《特別展》障がい者手帳保持者と付添人1人入場料半額 |
| | 秋田県立近代美術館 TEL：0182-33-8855 《観覧料》障がい者手帳保持者及び付添人1人入場料無料 《企画展等》障がい者手帳保持者と付添人1人入場料半額 |
| 体育施設 | 県立総合プール TEL：018-895-5056 障がい者手帳保持者と付添人1人使用料無料 |
| | 県立スケート場 TEL：018-863-1241 障がい者手帳保持者と付添人1人使用料無料 |
| レジャー施設 | 大森山動物園 TEL：018-828-5508 障がい者手帳保持者と付添人1人無料 |
| 博物館 | 秋田県立博物館 TEL：018-873-4121 《入館料》無料 《有料の特別展》障がい者手帳保持者と付添人1人入場料半額 |

教育・就労

1. 学校教育費の助成

【特別支援教育就学奨励費補助金】

〔問い合わせ先〕 《県立の盲・聾・養護学校に在学の方》
各学校まで
《町村立小・中学校の特別支援学級に在学の方》
大潟村教育委員会
TEL：0185-45-3240

《内容》

県立の盲・聾・養護学校や、町村立小・中学校の特別支援学級に在学している方に、学用品費、給食費、通学費などの費用を世帯の所得に応じて助成します。

2. 仕事の相談 ※再掲

【秋田障害者職業センター】

〔問い合わせ先〕 秋田障害者職業センター
所在地：秋田市川尻若葉町 4 番 48 号
TEL：018-864-3608/FAX：018-864-3609

《内容》

障がいのある方の就職のための相談・支援、就職後のフォローアップ、復職のための相談・支援まで一連の就労支援を行っています。

【障害者就業・生活支援センター(社会福祉法人いずみ会)】

〔問い合わせ先〕 障害者就業・生活支援センター
所在地：秋田市泉菅野二丁目 17 番 27 号ウェルビューいずみ内
TEL：018-896-7088/FAX：018-896-7078

《内容》

障がい者の就業支援(企業就労と福祉就労の支援及び職業定着支援)と職業生活に伴う生活支援を行っています。障がい者手帳の有無は問わず、ご本人やご家族からの相談にも対応します。

暮らしの情報

1. 生活福祉資金の貸付

【生活福祉資金】

〔申請・問い合わせ先〕 大湊村社会福祉協議会
TEL：0185-45-2840

《内容》

低所得世帯・障がい者世帯・高齢者世帯などに、資金の貸付と必要な相談支援を行います。貸付金利率や貸付限度額は資金の種類によって異なりますのでお問い合わせください。

《貸付資金の種類》

| 種類 | 対象と内容 |
|------------|---|
| 総合支援資金 | 対象：低所得世帯 <input type="checkbox"/> 生活支援費 生活再建までの間に必要な生活費用 <input type="checkbox"/> 住宅入居費 敷金、礼金等住宅の賃貸契約を結ぶために必要な費用 <input type="checkbox"/> 一時生活再建費 生活を再建するために一時的に必要なかつ日常生活費で賄うことが困難である費用 |
| 福祉資金 | 対象：低所得世帯、障がい者世帯又は高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 福祉費 日常生活を送る上で、又は自立生活に資するために一時的に必要なであると見込まれる費用(生業、技術習得、住宅の増改築、障がい・介護福祉サービス・冠婚葬祭など) <input type="checkbox"/> 緊急小口資金 医療費又は介護費の支払等臨時の生活費が必要なときや給与紛失、災害などのとき |
| 教育支援資金 | 対象：低所得世帯 <input type="checkbox"/> 教育支援費 高等学校、大学又は高等専門学校に就学するときに必要な経費(授業料、学校納入諸経費、参考書、学用品、交通費) <input type="checkbox"/> 就学支度金 高等学校、大学又は高等専門学校に入学するときに必要な経費(入学金等、学校指定の制服・靴・体育着等で入学時に購入するもの、教科書・参考書等で入学時に一括して購入するもの) |
| 不動産担保型生活資金 | 対象：高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 不動産担保型生活資金 一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金 <input type="checkbox"/> 要保護世帯向け不動産担保型生活資金 一定の居住用不動産を担保として生活資金を貸し付ける資金(要保護の高齢者世帯) |

2. 郵便等による不在者投票

【郵便等による不在者投票制度】

【問い合わせ先】 役場総務企画課

TEL：0185-45-2111

《対象者》

次の①～③に該当する方

①身体障害者手帳をお持ちで、次のア～ウに該当する方

ア 両下肢・体幹・移動機能の障がいがある方が1級もしくは2級

イ 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸の障がいがある方が1級もしくは3級

ウ 免疫の障がいがある方が1級から3級

※手帳の記載内容では制度に該当しない場合でも、村長が上記と同程度に該当する旨の証明をした場合、この制度の対象になります。

②介護保険法上の要介護者(被保険者証の交付を受けている方)で、被保険者証に要介護5と記載されている方。

③戦傷病者手帳をお持ちの方で、一定の障がいのある方(詳細はお問い合わせください。)

《利用方法》

事前に村選挙管理委員会に自ら署名した「郵便等投票申請書」を提出し、「郵便等投票証明書」の交付を受ける必要があります。なお、障がいの程度が制度に該当していて、自ら署名できない方は下記の要件により代理記載制度を利用できます。

※代理記載制度とは・・・郵便等により不在者投票ができる方のうち、上肢又は視覚の障がいの程度が1級の方で、自ら投票の記載ができない方は、事前に届出している代理の方に投票に関する記載をさせることができます。

3. 歩行困難な方の駐車

【駐車禁止除外指定車標章の交付】

【申請・問い合わせ先】 五城目警察署

TEL：0185-852-4100

《内容》

歩行困難な身体障がいの方が使用中の自動車は、駐車禁止場所でも駐車できる除外指定車標章の交付が受けられます。

《対象者》

身体障がい者手帳の交付を受けている歩行困難な方

療育手帳(重度)の交付を受けている方

精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている方

《必要書類等》

○身体障がい者手帳又は療育手帳の写し ○運転免許証の写し ○自動車検査証

○印鑑

4. 援助が必要な方のためのマーク・カード

【ヘルプマーク・ヘルプカード】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

社会生活などにおいて、援助や配慮を必要としている方(義足や人工関節を使用している方、内部障がいや難病の方、妊娠初期の方など。手帳の有無は問いません。)にヘルプマーク、ヘルプカードを配布しています。

| | |
|--------|---|
| ヘルプマーク | 外見から援助や配慮を必要としていることが分からない方が、配慮を必要としていることを周囲に気付いてもらうことができ、理解や支援が受けやすくなるよう作成されたマークです。 |
| ヘルプカード | 災害時や日常生活で困ったときに周囲に支援を求めるためのものです。緊急連絡先や必要な支援を書き込めるようになっており、「支援が必要な人」と「支援できる人」を結ぶカードです。 |

5. 災害への対策

【避難行動要支援者名簿の作成及び情報共有】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

災害発生時に情報が伝わりにくい方や自力での避難が困難な方の情報について、情報提供に同意された方又は親権者、法定代理人等の同意のあった方について、関係機関に提供し、災害発生時の避難支援を依頼しています。

《対象者》

以下のいずれかに該当する居宅で生活している方で、同居家族等の支援だけでは自力避難が困難な方。

- ①介護保険における要介護認定を受けている者
- ②身体障がい者手帳 1・2 級(総合等級)の第 1 種を所持する身体障がい者
- ③療育手帳 A を所持する知的障がい者(障がい児の場合は A 及び B)
- ④精神障がい者保健福祉手帳 1・2 級を所持する者で単身世帯の者
- ⑤難病患者
- ⑥上記以外で村が支援の必要を認めた者

【個別避難支援プランの作成】

〔申請・問い合わせ先〕 役場福祉保健課

TEL：0185-45-2114

《内容》

災害が発生又は発生するおそれが高まった場合に、支援が必要な方の避難誘導等を迅速かつ適切に実施するために、誰が支援してどこの避難所等に避難するかをあらかじめ決めておきます。このプランは、ご本人とご家族、役場内の必要最小限の関係部署のほか、避難支援等関係者等、ご本人が同意した者で共有します。

《対象者》

避難行動要支援者名簿に記載されている方で希望される方