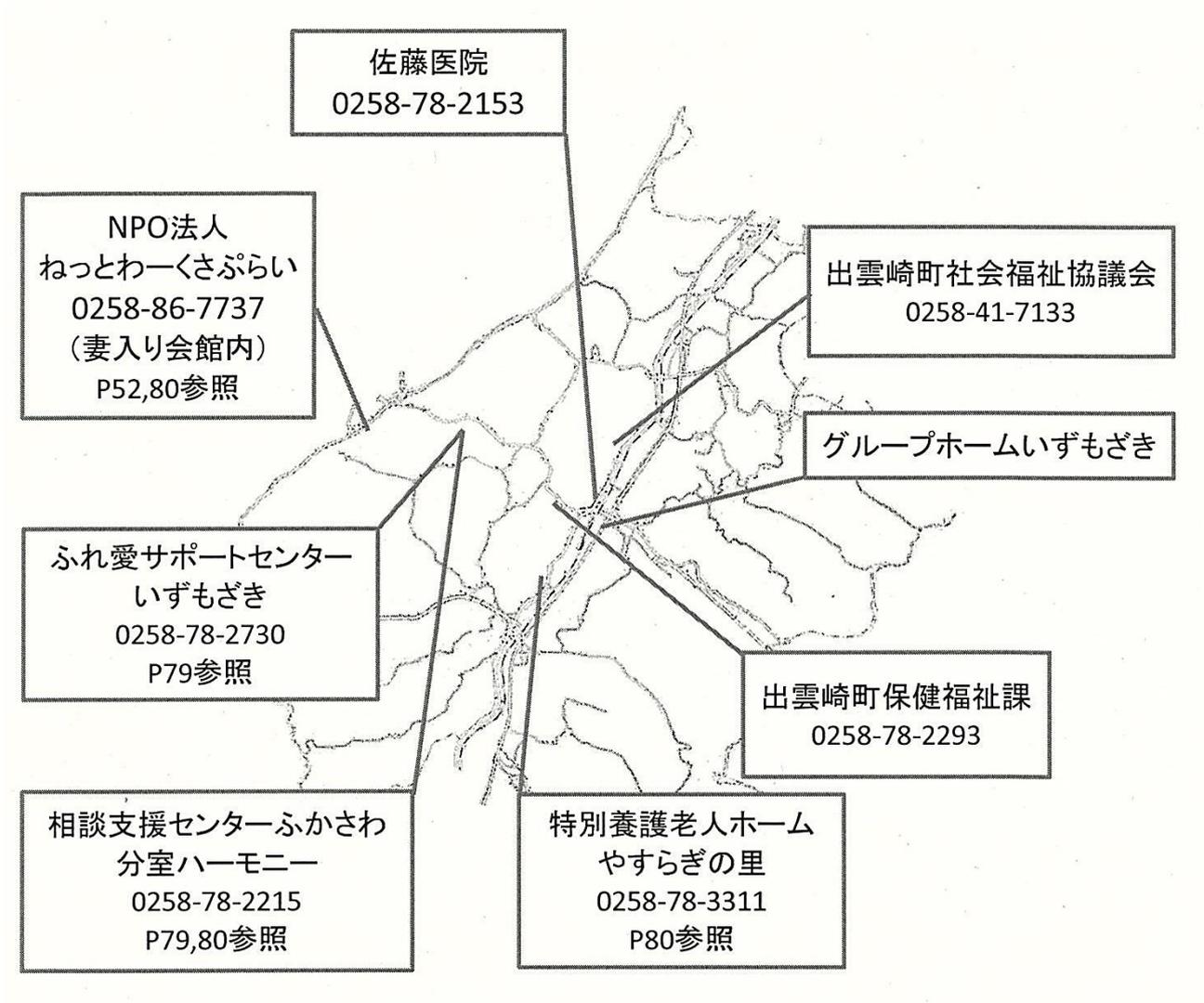


出雲崎町
～障がい福祉の手引き～



○出雲崎町地域資源マップ



~×E~

〈目次〉

| | | | | | |
|----|----------------------------------|----|---|----------------------------|----|
| | 制度一覧表 | 1 | 8 | 新潟県おもいやり駐車場制度 | 53 |
| | マイナンバー確認書類について | 3 | 9 | 駐車禁止除外指定車標章の交付 | 55 |
| 1 | 身体障害者手帳について | 6 | 5 | 運賃・公共料金等の割引 | 56 |
| 1 | 身体障害者手帳 | 7 | 1 | 交通運賃の割引 | 57 |
| 2 | 療育手帳 | 8 | 2 | 有料道路通行料金の割引 | 59 |
| 3 | 精神障害者保健福祉手帳 | 9 | 3 | NTT（電話）番号の無料案内 【ふれあい案内】 | 60 |
| 2 | 医療費の助成など | 10 | 4 | 各種携帯番号基本使用料等の割引 | 60 |
| 1 | 医療費の助成 | 11 | 5 | NHK 放送受信料の割引 | 61 |
| 2 | 自立支援医療（更生医療） | 12 | 6 | NCT ケーブルテレビ福祉料金制度 | 61 |
| 3 | 自立支援医療（育成医療） | 13 | 6 | 税金などの優遇措置 | 62 |
| 4 | 自立支援医療（精神通院医療） | 14 | 1 | 優遇措置の概要 | 63 |
| 5 | 重度障害者医療費助成（県障医療） | 15 | 2 | 所得税、町・県民税 | 64 |
| 6 | 後期高齢者医療の65歳からの適用 | 19 | 3 | 相続税 | 65 |
| 7 | ひとり親医療（県親医療） | 20 | 4 | 贈与税 | 65 |
| 8 | 出雲崎町精神障害者医療助成 | 21 | 5 | 自動車税、自動車取得税、 軽自動車税 | 66 |
| 9 | 在宅要介護者等歯科保健推進事業 | 22 | 7 | 年金・手当など | 69 |
| 3 | くらし | 23 | 1 | 障害者のための手当など | 70 |
| 1 | 障害者総合支援法による障害福祉 サービス、地域生活支援事業 | 24 | 2 | 特別障害者手当 | 71 |
| 2 | 補装具費の支給 | 34 | 3 | 特別児童扶養手当 | 72 |
| 3 | 日常生活用具費の給付 | 36 | 4 | 障害児福祉手当 | 73 |
| 4 | 住宅改修費の給付 | 39 | 5 | 児童扶養手当 | 74 |
| 5 | 住宅改造費の補助 | 40 | 6 | 新潟県心身障害者扶養共済制度 | 75 |
| 6 | 緊急通報体制整備事業 | 41 | 7 | 出雲崎町障害者手当 | 76 |
| 7 | 障害者訪問入浴サービス事業 | 41 | 8 | 紙おむつ等支給事業 | 76 |
| 8 | 在宅重度身体障害者理髪料金助成 | 42 | 9 | 新潟県在宅重度重複障害者 介護見舞金 | 77 |
| 9 | 軽・中等度難聴者補聴器助成 | 42 | 8 | 相談窓口 その他 | 78 |
| 10 | 生活福祉資金の貸与 | 43 | 1 | 相談窓口について | 79 |
| 11 | 郵便等による不在者投票 | 44 | 2 | その他 | 79 |
| 12 | 日常生活自立支援事業 | 45 | | | |
| 13 | 出雲崎たすけ愛隊 | 45 | | | |
| 4 | 交通費・自動車関係 | 46 | | | |
| 1 | タクシー利用料金助成 | 47 | | | |
| 2 | 身体障害者等自動車燃料費助成 | 48 | | | |
| 3 | 人工透析者通院費助成 | 49 | | | |
| 4 | 障害者更生訓練費支給 | 50 | | | |
| 5 | 自動車改造費の助成 | 51 | | | |
| 6 | 自動車運転免許取得費の助成 | 52 | | | |
| 7 | 自家用有償旅客運送者 | 52 | | | |

| | 医療費の助成 | | | | | | | サービス | | | 補装具等 | | | 交通費助成 | | | | | | |
|-----------------|--------|---------------|----------|------------|-------|-------|---------|------------|---------------------------------|----------|----------|-----|--------|-------|---------|----------|-------|-------|--|---|
| | (更生医療) | (育成医療) | (精神通院医療) | 自立支援医療 | 医療費助成 | 重度障害者 | 後期高齢者医療 | 精神障害者医療費助成 | 障害福祉サービス | 総合支援法による | 地域生活支援事業 | 補装具 | 日常生活用具 | 住宅改造費 | タクシー・バス | 自動車燃料費助成 | 通院費助成 | 人工透析者 | | |
| 該当ページ | 12 | 13 | 14 | 15 | 19 | 21 | 24 | | | | 34 | 36 | 40 | 46 | 47 | 48 | | | | |
| 身体障害者手帳 | 視覚 | 1 | ○ | | | ○ | ○ | | 障害の状況、利用の意向、生活環境などの聞きとり調査を行います。 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| | | 2 | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| | | 3 | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | △ | | ○ | | | | | | | |
| | | 4 | ○ | | | | | | | ○ | △ | | ○ | | | | | | | |
| | | 5 | ○ | | | | | | | ○ | △ | | | | | | | | | |
| | | 6 | ○ | | | | | | | ○ | △ | | | | | | | | | |
| | 平衡聴覚 | 2 | ○ | 身体に障害のある児童 | | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| | | 3 | ○ | | | ○ | ○ | | | | ○ | △ | | ○ | | | | | | |
| | | 4 | ○ | | | | | | | | ○ | △ | | ○ | | | | | | |
| | | 5 | ○ | | | | | | | | ○ | △ | | | | | | | | |
| | | 6 | ○ | | | | | | | | ○ | △ | | | | | | | | |
| | | 音声・言語 そしゃく | 3 | | ○ | | | ○ | | ○ | | | | | | ○ | ○ | | | |
| | 4 | | ○ | | | | | ○ | | | | | | | ○ | ○ | | | | |
| | 肢体 | 1 | ○ | | | | ○ | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 2 | ○ | | | | ○ | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | | 3 | ○ | | | | ○ | ○ | | | | | | ○ | △ | | ○ | | | |
| | | 4 | ○ | | | | | | | △ | | | | ○ | △ | | ○ | | | |
| | | 5 | ○ | | | | | | | | | | | ○ | △ | | | | | |
| | | 6 | ○ | | | | | | | | | | | ○ | △ | | | | | |
| | 内部障害 | 1 | △ | | | | ○ | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | △ |
| 2 | | △ | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | △ | | |
| 3 | | △ | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | ○ | | | △ | | |
| 4 | | △ | | | | | | | | | | ○ | ○ | | ○ | | | △ | | |
| 療育手帳 | A | | | | | ○ | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 | 1 | | | | 通院 | ○ | ○ | 入院 | | | | | △ | | ○ | ○ | | | | |
| | 2 | | | | | ○ | | | | | | | △ | | ○ | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | △ | | ○ | | | | |
| 所得要件 | | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | | | | | 有 | 有 | 有 | | | | | | | |
| その他要件 | | 18歳以上 | 18歳未満 | | | 65歳以上 | | | | | | | | 在宅 | 在宅 | 在宅 | | | | |
| 介護保険と共通するサービス | | | | | | | | | △ | | △ | △ | △ | | | | | | | |

※○は該当、△は一部該当です。○または△の場合でも、年齢・所得・程度等により該当しない場合があります。

※介護保険が適用される方は、共通のサービスは介護保険制度が優先されます。

| 自動車関係 | | | 運賃・公共料金 | | | | 税金 | | | 手当等 | | | | | | | | | |
|----------|----------|-----------------|---------|-----------|----|--------------|--------------|-------|------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|---------|---|-------|---|---|
| 自動車改造費助成 | 自動車取得費助成 | 自動車免許おもしろいやり駐車場 | 交通運賃の割引 | 有料道路通行料割引 | | NHK受信料減免(全額) | NHK受信料減免(半額) | 住民税控除 | 所得税・自動車税免除 | 障害年金 | 特別障害者手当 | 特別児童扶養手当 | 障害児福祉手当 | 心身障害者扶養共済 | 紙おむつ等支給 | | | | |
| 50 | 51 | 52 | 56 | 58 | | 60 | | 62 | 65 | 68 | 70 | 71 | 72 | 74 | 75 | | | | |
| △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 詳しくは68ページの窓口へお問い合わせください。 | 在宅で常時介護を要する最重度の障害のある方 | 在宅で心身に重度から中度の障害を持つ児童(20歳未満)を養育している方 | 在宅で常時介護を要する最重度の障害のある児童 | ○ | ○ | | | | |
| △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | | | | | | | | | | |
| | | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | |
| △ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | ○ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | | |
| | | △ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | | |
| | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | △ | | | | | | | | | ○ | |
| | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | ○ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | | ○ | △ | | | | | | | | | ○ | |
| | | △ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | △ | | | | | | | | | | |
| △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| | | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | | ○ | △ | | | ○ | ○ | ○ | △ | | | | | | | | | ○ | ○ |
| | | ○ | △ | | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | ○ | |
| | | | △ | | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | △ | |
| 有 | | | | | | 有 | | | | | | | | | 有 | 有 | 有 | | |
| | | | | 本人 | 介護 | | 世帯主 | | | | | | | | 20歳以上 | | 20歳未満 | | |
| | | | | 運転 | 人 | | | | | | | | | | | | | | |

マイナンバーを利用する障害福祉の各種手続きでは、個人番号の記入が必要になります。

【申請者本人または家族が手続きする場合】

◎窓口で手続きする場合

- ・申請者（対象者が児童の場合は対象児童と申請者）の「マイナンバーカード（個人番号カード）」または「通知カードと身元確認書類（裏面参照）」をお持ちください。

【マイナンバーカード（原本）】



※マイナンバーカードは、通知カードとともに送付される個人番号カード交付申請書により申請すると交付される顔写真付きのカードです。

または

【通知カード】



【身元確認書類】（氏名・住所・生年月日のうち、2つ以上の記載が必要）

○いずれか1点（裏面(1)①から1点）

- ・運転免許証
- ・療育手帳
- ・パスポート
- ・在留カード
- ・身体障害者手帳
- ・写真付き精神障害者保健福祉手帳
- ・写真付き住民基本台帳カード など

○左記の身元確認書類がない場合は、次のうちいずれか2点（裏面(1)②から2点）

- ・保険証
- ・公共料金の領収書
- ・年金手帳
- ・資格証明書
- ・顔写真なしの社員証 など

◎郵送で手続きする場合

- ・「マイナンバーカード（両面）」の写しまたは「通知カードと身元確認書類」の写しを同封してください。送付いただいた写しは、確認後シュレッダー等で確実に破棄します。
- ※番号確認書類、身元確認書類の原本を送付しないでください。
- ・個人番号カード等を複写する際は、コピー機への置き忘れ、紛失等にご注意ください。
- ・重要な個人情報であるため、郵送で提出される場合は簡易書留での郵送をお勧めします。

【代理人が手続きする場合】 次の①～③を各1点ずつお持ちください。

①代理権の確認書類（委任状、申請者本人の運転免許証、申請者本人のパスポート、申請者本人の健康保険証など）

※委任状については、委任する者（捺印）、委任される者、委任する内容のわかる任意の様式

②代理人の身元確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど）

③申請者本人のマイナンバー確認書類（本人のマイナンバーカードの写し、本人の通知カードの写し）

※【個人番号欄を空欄で申請いただいた場合】

個人番号欄が空欄の場合や確認書類に不備等があった場合には、福祉課で個人番号を確認のうえ、申請書に記入させていただきます。

マイナンバー制度 本人確認書類一覧

1 本人が来庁した場合の本人確認

(1) 本人の身元確認書類

① 1点確認書類

| | | |
|------------------------------|----------------|------------|
| マイナンバーカード (個人番号カード) | 療育手帳 | 写真付き 身分証明書 |
| 運転免許証 | 在留カード | 写真付き 社員証 |
| 運転経歴証明書 (H24.4.1 移行発行のもの) | 特別永住者証明書 | 写真付き 資格証明書 |
| 旅券 | 写真付き 住民基本台帳カード | 戦傷病者手帳 |
| 身体障害者手帳 | 税理士証票 | 介護支援専門員証 |
| 写真付き 精神障害者保健福祉手帳 | 写真付き 学生証 | |

② 2点確認書類

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 健康保険の資格確認情報・ 介護保険の被保険者証 | 住民票の写し | 養育医療券 |
| 健康保険日雇特例被保険者手帳 | 住民票記載事項証明書 | 重度心身障害者医療費助成受給者証 |
| 共済組合の組合員証 | 母子健康手帳 | 老人医療費助成受給者証 |
| 私立学校教職員共済制度の加入者証 | 特別徴収税額通知書 | 子どもの医療受給者証 |
| 納税通知書 | ひとり親家庭等医療費助成受給者証 | 児童扶養手当証書 |
| 源泉徴収票 | 妊産婦医療費受給者証 | 特別児童扶養手当証書 |
| 支払通知書 | 精神障害者医療費受給者証 | 精神障害者保健福祉手帳 (写真なし) |
| 特定口座年間取引報告書 | 国民健康保険限度額適用認定証 | 身分証明書 (写真なし) (生活保護の被保護者証明書含む) |
| 住民基本台帳カード (写真なし) | 国民健康保険限度額適用・ 標準負担額減額認定証 | 学生証 (写真なし) |
| 施設型給付費・ 地域型保育給付費等の支給認定証 | 国民健康保険特定疾病療養受療証 | 社員証 (写真なし) |
| 年金証書 | 後期高齢者医療限度額適用・ 標準負担額減額認定証 | 資格証明書 (写真なし) |
| 障害福祉サービス受給者証 | 後期高齢者医療特定疾病療養費受療証 | 地方税・国税・社会保険料・公共料金の領 収書 |
| 地域生活支援事業給付費 支給対象者登録証 | 特定疾患医療受給者証 | 印鑑登録証明書 |
| 地域相談支援受給者証 | 戸籍の付票の写し (謄本・抄本) | 自立支援医療受給者証 (更生医療・育成医療・精神通院) |

(2) 本人の個人番号確認書類

| | |
|------------------------|-------------------|
| マイナンバーカード (個人番号カード) | 通知カード |
| 住民票の写し (個人番号有) | 住民票記載事項証明 (個人番号有) |

2 代理人が来庁した場合の本人確認

(1) 代理人の身元確認書類

① 代理人が個人の場合

代理人について、上記1(1)と同様の書類

② 代理人が法人の場合

次のアとイがそれぞれ1点ずつ必要

ア 法人確認書類

| | | |
|------------|------------|------------------------------|
| 法人の登記事項証明書 | 法人の印鑑登録証明書 | 法人の国税・地方税・社会保険料・ 公共料金の領収書 |
| 法人の納税証明書 | | |

イ 来庁者と法人との関係確認書類

| | |
|-----|--------|
| 社員証 | 従業員証明書 |
|-----|--------|

(2) 本人の個人番号確認書類

| | | |
|-------------------------------|----------------|------------------|
| 本人の個人番号カード又はその写し | 本人の通知カード又はその写し | 本人の住民票の写し(個人番号有) |
| 本人の住民票記載事項証明又はその写し (個人番号有) | | |

1 障害者手帳について

1、身体障害者手帳

○身体障害者手帳とは

身体障害者向けの福祉サービスを受けるときに必要な手帳です。また、この手帳により公共料金の割引や税金の免除を受けることができます。

なお、障害年金や障害者向けの手当てについては、身体障害者手帳とは別に手続きが必要です。

○申請窓口 役場 保健福祉課 福祉係

○申請に必要なもの

●身体障害者手帳交付等申請（届出）書

●診断書

県知事が指定した医師が書いたもの、日付が手帳申請書から3か月以内(申請日以前)のもの

●写真1枚(縦4cm×横3cm、上半身脱帽、無背景、1年以内に撮影したもの)

●マイナンバー確認書類

○身体障害者手帳の再認定

●ペースメーカー等の植え込みしている場合や診断書作成時点で3歳未満であった場合等は、障害の再認定を受けていただく必要があります。(再認定が必要な方には、役場から通知します。)

○申請後の手続き

- ・新潟県が判定を行い1か月～2か月程度で交付（却下）されます。
- ・手帳が交付された場合は、窓口で交付を行います。

○手帳の内容を変更するときに必要なもの

| 変更内容 | 申請に必要なもの |
|------------|------------------------------|
| 住所・氏名の変更 | 申請（届出）書、手帳、マイナンバー確認書類 |
| 紛失・破損 | 申請（届出）書、手帳、写真、マイナンバー確認書類 |
| 障害の程度変更・追加 | 申請（届出）書、診断書、手帳、写真、マイナンバー確認書類 |
| 本人死亡のとき | 身体障害者手帳返還届出書、手帳 |

※町外へ転出する場合には、転出先の市区役所、町村役場の障害福祉担当に届け出てください。

2、療育手帳

○療育手帳とは

療育手帳とは、知的障害者(児)が福祉制度を利用しやすくしたり、障害の状況を確認したりするために交付される手帳です。

手帳には、「A」「B」2つの等級があります。

「A」：最重度～重 度

「B」：中 度～軽 度

○申請窓口 役場 保健福祉課 福祉係

○申請に必要なもの

●療育手帳交付申請書

●写真1枚(縦4cm×横3cm、上半身脱帽、無背景、1年以内に撮影したもの)

●マイナンバー確認書類

○判 定・再 判 定

申請書提出後に、後日判定のため面談が行われます。

・判定場所：長岡児童相談所（長岡知的障害者更生相談所）

※療育手帳は、数年ごとに再判定を行い、障害の状況を確認します。

※定期の再判定のほか、障害の状況に変化があったと思われるときにも、申し出により再判定をすることができます。長岡児童相談所(長岡知的障害者更生相談所)、役場保健福祉課 福祉係にお問い合わせください。

○手帳の内容を変更するときに必要なもの

| 変更内容 | 申請に必要なもの |
|----------|-----------------------------|
| 住所・氏名の変更 | 療育手帳変更届出書、手帳、マイナンバー確認書類 |
| 紛失 | 療育手帳再交付申請書、写真、マイナンバー確認書類 |
| 破損 | 療育手帳再交付申請書、手帳、写真、マイナンバー確認書類 |
| 本人死亡・返還 | 療育手帳喪失届、手帳 |

※町外へ転出する場合には、転出先の市区役所、町村役場の障害福祉担当に届け出てください。また、県外へ転出する場合は、転出先での手続き後、新潟県交付の療育手帳を、役場保健福祉課福祉係にご返還ください。

3. 精神障害者保健福祉手帳

○精神障害者保健福祉手帳とは

精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患を持つ方が一定の障害の状態であることを証明するものです。この手帳を持つことにより、精神障害者の方の福祉や社会参加、社会復帰をしやすいことを目的としています。1級から3級まであります。

○対象者

精神障害のために日常生活や社会生活を送る上でハンディキャップがあり、初診から6か月以上たっている人。

○有効期間 2年間(有効期限の3か月前から更新申請の受付をします)

○申請窓口 役場 保健福祉課 福祉係

○手帳申請の手続き

《必要書類》

●障害者手帳申請書

●写真1枚(縦4cm×横3cm、上半身脱帽、無背景、1年以内に撮影したもの)

●マイナンバー確認書類

*精神障害による障害年金を受給していない人 または 受給していても診断書で申請する人

●診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

※精神疾患の診察をしている主治医が記入したもので、手帳申請日から6か月以内のもの

*精神障害による障害年金を受給している人

●障害年金証書の写し (平成9年度以降のもの)

または特別障害給付金受給資格者証 (特別障害者給付金支給決定通知書)

●直近の年金振込通知書又は年金支払通知書の写し

●同意書

○手帳の内容を変更するときに必要なもの

| 変更内容 | 申請に必要なもの |
|------------|--------------------------|
| 住所・氏名の変更 | 変更届出書、手帳、マイナンバー確認書類 |
| 紛失 | 再交付申請書、写真、マイナンバー確認書類 |
| 破損 | 再交付申請書、手帳、写真、マイナンバー確認書類 |
| 障害の程度変更のとき | 申請書、診断書、手帳、写真、マイナンバー確認書類 |

※町外へ転出する場合には、転出先の市区役所、町村役場の障害福祉担当に届け出てください。また、県外へ転出する場合は、転出先での手続き後、新潟県交付の精神障害者保健福祉手帳を、役場保健福祉課福祉係にご返還ください。

2 医療費の助成など

1、医療費の助成

(1)障害者に対する医療費の助成には次のものがあります。

| | | 年 齢 | 医療名 | 等級 制限 | 所得 制限 | 申請窓口 |
|---------------|------------------|-----------------|--------------------|----------|----------|----------------|
| 障害の軽減などのための医療 | | 18歳以上 | 自立支援医療 (更生医療) | なし | あり | 保健福祉課 福祉係 |
| | | 18歳未満 | 自立支援医療 (育成医療) | なし | あり | |
| | | 制限なし | 自立支援医療 (精神通院医療) | なし | あり | |
| 一般の 医療 | 重度障害者の 配偶者と児童 | 児童が18歳 未満の場合 | ひとり親医療 | あり | あり | |
| | 障害者本人 | 65歳未満 | 県障医療 | あり | あり | |
| | | 65歳以上 | 県障医療 | あり | あり | |
| | | | 後期高齢者医療 | あり | なし | 保健福祉課 保険健康係 |

※自立支援医療は、世帯の町民税額等によって自己負担額が異なります。

(2)医療費助成の受給者は、次の場合に手続きが必要です。

- | | |
|---------------------|------------|
| ①氏名が変わった場合 | ②住所が変わった場合 |
| ③健康保険資格に変更があった場合 など | |



| |
|---|
| 変更の届出 ○届先：各制度の担当窓口 ○届出に必要なもの ●受給者証 ●健康保険資格確認情報 ※場合によって、他にも必要なものがありますので、詳しくはお問い合わせ ください。 |
|---|

(3)県外の医療機関等で受診した場合も助成します。

対象者は、「県障医療」、「ひとり親医療」の受給者です。

| |
|---|
| 助成の手続 ○申請先：役場 保健福祉課 福祉係 ○申請に必要なもの ●領収書 ●振込先口座のわかるもの(通帳等) ●受給者証 |
|---|

2、自立支援医療(更生医療)

○対象者

18歳以上の身体障害者手帳の交付を受けている人

○内容

障害を軽減などのために必要な治療の自己負担額が1割になる制度です。

また、世帯の所得に応じて下記の負担上限月額が設定されています。

| 生活保護 | 町民税非課税世帯 | | 町民税課税世帯（世帯全員の所得割） | | | |
|------|----------------|----------------|-------------------|-------------------------|----------------|--|
| | 本人収入 80万円以下 | 本人収入 80万円以上 | 33,000円 未満 | 33,000円以上 235,000円未満 | 235,000 円以上 | |
| 0円 | 2,500円 | 5,000円 | 医療保険の自己負担限度額 | | 対象外 | |
| | | | 重度かつ継続の該当者 | | | |
| | | | 5,000円 | 10,000円 | 20,000円 | |

○更生医療に該当する医療

次の表のとおりです。（事前に申請が必要です。）

なお、県知事が指定した医療機関で医療を受けなければなりません。

| 障害区分 | 医療内容 |
|----------------|--------------------------|
| 視覚障害 | 角膜移植術、白内障手術など |
| 聴覚平衡機能障害 | 外耳道形成術、鼓膜穿孔閉鎖術など |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 | 歯科矯正術、口蓋裂に対する手術など |
| 肢体不自由 | 人工関節置換術、骨切術、理学療法など |
| 中枢神経脳神経 | 脳シャント、脊髄形成術 |
| 心臓機能障害 | ペースメーカー埋込術、人工弁置換術、心臓移植など |
| じん臓機能障害 | 人工透析療法、じん臓移植術など |
| 小腸機能障害 | 中心静脈栄養法 |
| 免疫機能障害 | 抗HIV療法、免疫調節療法など |
| 肝臓機能障害 | 肝臓移植、肝臓移植術後の抗免疫療法 |

申請窓口：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 支給認定申請書 ●身体障害者手帳 ●同意書
- 医師の意見書(指定医療機関の担当医師が作成したもの)
- 健康保険資格確認情報
 - 国保：国保に加入している世帯全員のもの 社保：対象者・被保険者のもの
 - 後期高齢者：後期高齢者医療に加入している世帯全員のもの
- 特定疾患療養受療証(人工透析でお持ちの方のみ) ●マイナンバー確認書類
- 受給対象者本人の前年(申請月が1月～6月の場合は前々年)1年間の年金の受取額がわかる書類(年金振込通知書、通帳の写し等)※町民税非課税世帯のみ
- 市町村民税課税証明書（出雲崎町に転入してきた方等、出雲崎町で町民税の確認ができない方のみ）

3、自立支援医療（育成医療）

○対象者

18歳未満の身体上の障害を有する児童または現存する疾患がこれを放置するときは、将来において障害を残すと認められる児童で確実な治療効果が期待しうるもの。

○内容

(1) 障害を除去・軽減する手術等の治療によって確実に効果が期待できる場合に指定医療機関での自己負担額が1割になる制度です。さらに、更生医療と同様に世帯の所得状況に応じて負担上限月額が設定されます。

(2) 給付の対象となる障害区分と主な医療

| 障害区分 | | 医療内容 |
|----------------|-------------|--|
| 視覚障害 | | 白内障、先天性緑内障、斜視 ⇒ 手術 |
| 聴覚平衡機能障害 | | 先天性耳奇形 ⇒ 形成術 高度難聴 ⇒ 人工内耳埋込術 |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 | | 口蓋裂等 ⇒ 形成術 |
| 肢体不自由 | | 先天性股関節脱臼、脊椎側彎症等に対する手術など |
| 内部障害 | 心臓 | 先天性疾患(弁口、心室心房中隔に対する手術) 後天性心疾患(ペースメーカー埋込み手術) |
| | 腎臓 | 腎機能障害(人工透析法) |
| | 小腸 | 小腸機能障害(中心静脈栄養法) |
| | 肝臓 | 肝移植、肝移植術後の抗免疫療法 |
| | 免疫 | HIVによる免疫機能障害(抗HIV療法、その他治療) |
| | その他の先天性内臓障害 | 先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、尿道下裂等 ⇒ 手術 |

申請窓口：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 支給認定申請書 ●医師の意見書(指定医療機関の担当医師が作成したもの)
- 健康保険資格確認情報
 - 国保：国保に加入している世帯全員のもの
 - 社保：対象者・被保険者のもの
 - 後期高齢者：後期高齢者医療に加入している世帯全員のもの
- 保護者の前年(申請月が1月～6月の場合前々年)1年間の年金の受取額がわかる書類(年金振込通知書、通帳の写しなど) ※町民税非課税世帯のみ
- 同意書 ●マイナンバー確認書類
- 市町村民税課税証明書 (出雲崎町に転入してきた方等、出雲崎町で住民税の確認ができない方のみ)

4、自立支援医療（精神通院医療）

○対象者

精神疾患の治療のため、医療機関に通院している人

○対象となる状態

通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害(てんかんを含む)です。

○負担上限月額について

指定された医療機関で受診し、自己負担が1割に軽減されます。さらに、更生医療と同様に世帯の所得状況に応じて負担上限月額が設定されます。

申請窓口：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 支給認定申請書
- 診断書（精神通院医療）(精神障害者保健福祉手帳と同時申請する場合は手帳用の診断書の写しも可。再認定の申請の際、病状及び治療方針に変更がない場合は、2年に1度は、診断書の添付を省略できます。新規申請は必ず診断書の添付が必要です)。
- 重度かつ継続に関する意見書（課税世帯の方のみ必要になる場合があります。）
- 健康保険資格確認情報
 - 国保：国保に加入している世帯全員のもの
 - 社保：対象者・被保険者のもの
 - 後期高齢者：後期高齢者医療に加入している世帯全員のもの
- 同意書 ●マイナンバー確認書類
- 受給対象者本人の前年(申請月が1月～6月の場合前々年)1年間の年金の受取額がわかる書類(年金振込通知書、通帳の写しなど) ※町民税非課税世帯のみ

○変更手続きが必要なとき

- ・病院・訪問看護・調剤薬局を変えるとき
- ・住所、氏名、健康保険資格等に変更があったとき
いずれも町の申請書受理日が適用日となります。
また、申請は町を経由し、県で交付の可否が決定されます。
- ・有効期間
1年間(有効期間の3か月前より継続申請の受付をします。)
- ・その他
上記の他にも精神疾患の入院医療費の一部を助成する「出雲崎町精神障害者医療費助成事業」があります。

5、重度心身障害者医療助成（県障医療）

○利用できる人

次の「○」の手帳所持者

・身体障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| 身体障害者手帳 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |

・知的障害者

| | A | B |
|------|---|---|
| 療育手帳 | ○ | × |

・精神障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 |
|-----------------|----|----|----|
| 精神障害者 保健福祉手帳 | ○ | × | × |

○内容

障害にかかる医療費、入院費食事(生活)療養費標準負担費額及び訪問看護療養費の自己負担分の一部を助成します。

①医療費の助成

保険給付の対象となった医療費の自己負担額から次の一部負担額を控除した額を助成します。

《一部負担金》

医療機関ごと

外来 1回 530円

(月4回まで負担、院外処方による調剤薬局での一部負担金は不要です。)

入院 1日 1,200円

訪問看護 1日 250円

②入院時食事療養費の助成

低所得者(「標準負担額減額認定証」所持者にかぎります)の場合、次の額を助成します。

230円 (90日以内の入院の場合)

180円 (90超の入院の場合)

110円 (後期高齢者、高齢受給者で区分1の場合)

○手続き

- ①まず、申請して、県障受給者証の交付を受けてください。
申請日の翌月から該当(月の1日に申請した場合は、同月から該当)
- ②県障受給者証等を医療機関に提示して、医療費の助成を受けてください。
 - ・県障受給者証の交付申請の手続き

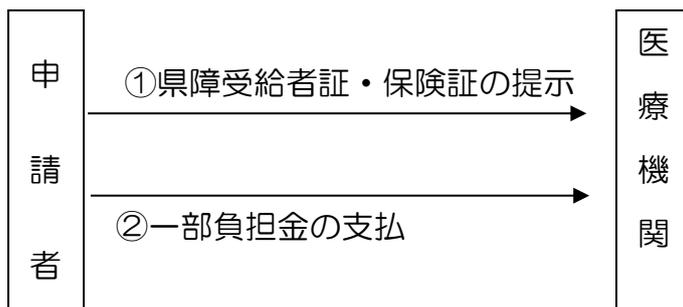
問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳
- 健康保険資格確認情報
- 市町村民税課税証明書(出雲崎町に転入してきた方等、出雲崎町で所得の確認ができない方のみ)

○医療機関（訪問看護を含む）で受診する時の手続き

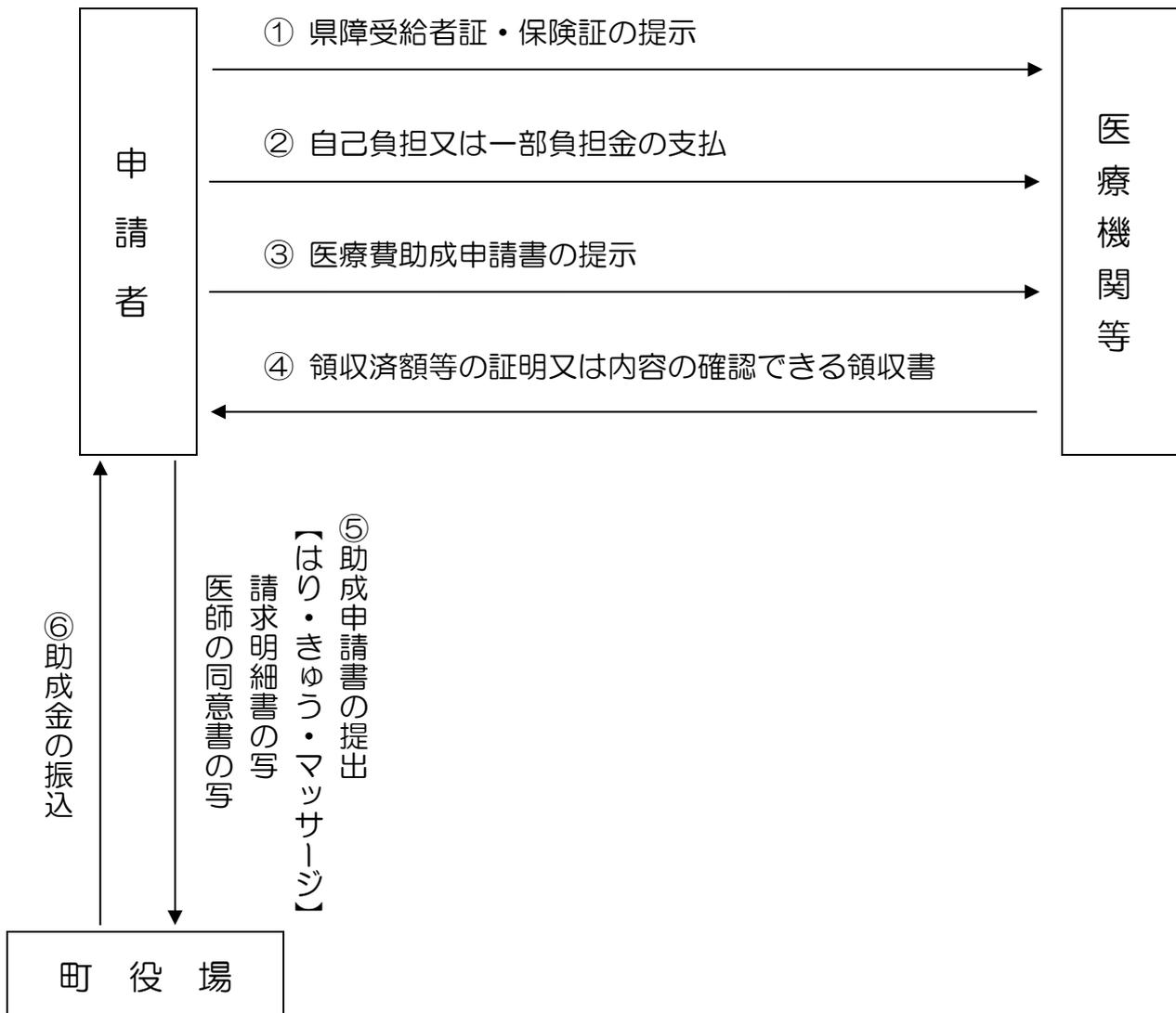
- *必ず「県障受給者証」と「健康保険証」を提示してください。
- *医療機関に一部負担金を支払ってください。



※整骨院・接骨院・はり・きゅう・マッサージ(以下「医療機関等」という)にかかったときは・・・

次の方法で助成します。ただし、はり・きゅう・マッサージにかかるときは、医師の同意書が必要となります。

- ① 医療機関等で受診するときは、必ず「県障受給証」と「健康保険資格情報」を提示してください。
- ②各保険の自己負担分をいったん医療機関等に支払ってください。
〈助成額の受領を医療機関等に委託したときは〉
医療機関で(4)一部負担金を支払ってください。
④⑤の手続を医療機関等が市に対して直接行います。
- ③「医療費助成申請書」に必要事項を記入して、医療機関等の窓口で提示してください。(申請書は役場保健福祉課福祉係にあります。)
- ④「医療費助成申請書」に1か月分の領収書済額等の証明又は内容の確認できる領収書をもたらしてください。
- ⑤医療機関等の証明を受けた「医療費助成申請書」を役場保健福祉課福祉係に提出してください。
- ⑥提出された「医療費助成申請書」を審査のうえ、領収済額から下記の一部負担金を差し引いた額(助成額)を指定の口座に振り込みます。



○入院時食事代の助成

県障医療で入院時食事代の助成が受けられます。

①対象者

町民税非課税世帯で、各保険者から交付された「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの人

②助成の手続

次の書類を医療機関の窓口に提示することにより、食事代の助成が受けられます。

- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 県障受給者証
- 健康保険資格確認情報

限度額適用・標準負担額減額認定証とは

各保険者(出雲崎町国保、新潟県後期高齢者医療広域連合、全国健康保険組合、健康保険組合など)から町民税非課税世帯の人に交付されるものです。

この認定証を医療機関の窓口で提示すると、医療費の支払いが自己負担限度額までになります。また、入院時食事代も減額になります。

詳しくは各保険者にお問い合わせください

出雲崎町国民健康保険・後期高齢者医療制度に加入の方

保健福祉課 保険健康係 TEL 0258-78-2293

6、後期高齢者医療の65歳からの適用

○利用できる人

- ・75歳になると後期高齢者医療が適用になりますが、心身に一定の障害がある場合には、65歳から適用することができます。
- ・身体障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| 身体障害者手帳 | ○ | ○ | ○ | △ | × | × |

※4級・・・音声、言語、下肢障害の1, 3, 4項

- ・知的障害者

| | A | B |
|------|---|---|
| 療育手帳 | ○ | × |

- ・精神障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 |
|-----------------|----|----|----|
| 精神障害者 保健福祉手帳 | ○ | ○ | × |

- ・障害年金

| 1級 | 2級 | 3級 |
|----|----|----|
| ○ | ○ | × |

○手続き

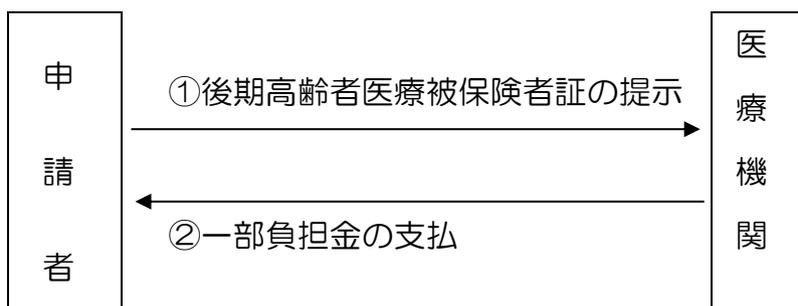
問い合わせ先：役場 保健福祉課 保険健康係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または年金証書
- 健康保険資格確認情報
- 県障受給者証(県障受給者のみ)

○医療の給付

- ①医療機関に受診するときには、必ず「後期高齢者医療被保険者証」を窓口に表示してください。(県障医療受給者は「県障受給者証」もいっしょに窓口に表示してください。)
- ②医療機関に一部負担金を支払ってください。(医療費の一部負担金は、所得に応じて1割～3割の負担となります)



7. ひとり親家庭等医療費助成(県親医療)

○ 利用できる人

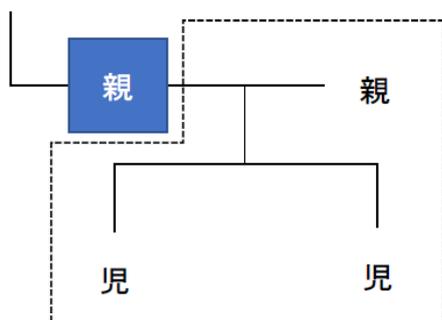
児童の父や母に重度の障害(障害年金 1 級該当程度)がある場合には、この制度が適用できます。

《制度の適用例》

①「重度障害者」、「配偶者」と「18 歳未満の児童」の世帯の場合

配偶者と 18 歳未満の児童は「県親医療」の対象となり、重度障害者は「県障医療」の対象となります。

県障医療



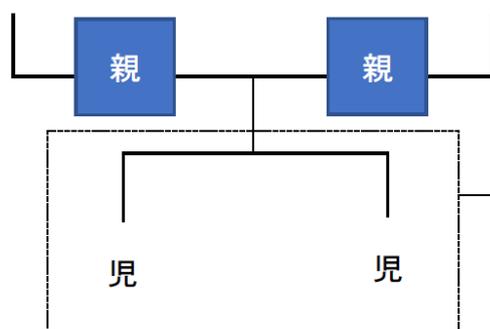
: 重度障害者の親

②「重度障害者」、「配偶者(重度障害)」と「18 歳未満の児童」の世帯の場合

18 歳未満の児童のみが「県親医療」の対象となり、父母は「県障医療」の対象となります。

県障医療

県障医療



○助成手続

- ・まず、申請して、県親受給者証の交付を受けてください。(申請日の翌月から該当)
- ・県親受給者証等を医療機関に提示して、医療費の助成を受けてください。

○申請手続

《必要なもの》

- 身体者障害者手帳又は療育手帳
- 障害年金の証書
- 健康保険資格確認情報(申請者と児童全員分)
- マイナンバー確認書類

○問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係 TEL 0258-78-2293

8. 出雲崎町精神障害者医療費助成

○利用できる人

精神疾患の治療のため、医療機関に入院している人

○内容

| 助成対象 | 助成額 |
|------|------------------------|
| 医療費 | 一部負担金の3分の1（月額8,000円上限） |

○助成手続

①まず、申請により受給資格を取得してください。申請を行った月分から助成対象となります。

- 精神障害者医療費受給資格申請書
- 健康保険資格確認情報
- 医療機関の発行する療養中を証する書面(入院計画書など)
- 助成費を振り込む通帳の写し

②助成費の申請

《持参するもの》

- 精神障害者医療費助成申請書
- 医療機関等の発行する医療費の領収書

○問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係 TEL 0258-78-2293

9. 在宅要介護者等歯科保健推進事業

寝たきり・障害等により、歯科保健サービスを受けることが困難な在宅者に対し、歯科医師、歯科衛生士が訪問し、歯科検診や相談などを行います。（年度内1回）

○対象者：以下のいずれにも該当する人

- 口腔に関する自覚症状はないが、歯科検診を希望する人
（本人以外の者によって明確な所見が確認できる場合は除く）
 - 歯科保健サービスを受けることが困難な在宅要介護者及び重度障害者で以下のいずれかに該当する人
 - ・要介護3・4・5の人
 - ・障害高齢者の寝たきり度B・Cの人
 - ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mの人
 - ・療育手帳Aまたは身体障害者手帳1・2級の人
- ※寝たきり度、日常生活自立度については役場保健福祉課 介護高齢係へお問い合わせください。

○申込方法

「訪問歯科健診事業申込（同意）書」を下記問合せ先へ提出してください。

○問合せ先

新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 医薬予防課
〒940-0857 長岡市沖田 3-2711-1
TEL 0258-33-4932

3 くらし

(障害者総合支援法による障害福祉サービス・
地域生活支援事業ほか)

1. 障害者総合支援法による障害福祉サービス、地域生活支援事業

- 「障害者総合支援法」は、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実など障害をお持ちの方の日常生活や社会生活を総合的に支援するための法律です。平成 25 年 4 月から、「障害者自立支援法」が改正されて、「障害者総合支援法」になりました。
- 平成 25 年 4 月から、新たに難病の方が障害福祉サービス等を利用できるようになりました。(詳細については、役場保健福祉課福祉係にお問い合わせください。)

○対象となるサービス

①障害福祉サービス

【介護給付】

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------|---|
| 居宅介護 | <p>ホームヘルパーが家庭の訪問し、入浴や排泄、食事の介護を行ったり、調理、洗濯、掃除などの家事の援助を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・児・難】障害支援区分1～6</p> |
| 重度訪問介護 | <p>ホームヘルパーが家庭の訪問し重度の肢体不自由者又は重度の知的障害・精神障害によって行動上著しい困難を有する障害者で常時介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。</p> <p>居宅介護と同時に支給決定を受けることは原則できません。</p> <p>対象者 【身・難】障害支援区分4～6で、2肢以上に麻痺があり、認定調査項目のうち歩行・移乗・排尿・排便がいずれも「支援が不要」以外 【知・精・難】障害支援区分4～6で、認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上であること</p> |
| 同行援護 | <p>視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する際に同行し、外出時に必要な視覚的情報や移動の援護を行います。</p> <p>対象者 【身・難】視覚障害者(児)で同行援護アセスメント調査票の調査項目のうち、視力障害、視野障害、夜盲のいずれ1点以上であり、かつ移動障害の点数が1点以上</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>行動援護</p> | <p>知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する人で常時介護の必要な人に外出時の移動の支援や行動の際に生じる危険回避のために援護を行います。</p> <p>対象者 【知・児・精・難】障害支援区分3～6で、認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である人</p> |
| <p>重度障害者等包括支援</p> | <p>常時介護が必要で意思疎通を図ることが著しい困難な人に、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助を包括的に提供します。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】障害支援区分6で意思疎通に著しい困難を有する次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態の人のうち、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者(児)又は最重度知的障害者(児) ・認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である人 |
| <p>短期入所</p> | <p>自宅で介護する人が病気の場合などに、障害者支援施設に短期入所することで、入浴、排泄、食事の介護、その他の必要な支援を行います。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】障害支援区分 1～6</p> |
| <p>療養介護</p> | <p>病院などの施設において、機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下での介護及び日常生活の世話をを行います。</p> <p>対象者 【身・難】次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害支援区分6で、筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者 ・障害支援区分5～6で、筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者 |

| | |
|---------------|--|
| <p>生活介護</p> | <p>常に介護を必要とする人に、主に日中において、障害者支援施設などで行われている入浴、排せつ、食事等の介護サービスや創作的活動又は生産活動の機会を提供、身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助などを行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害支援区分3～6で、50歳未満の人（障害者支援施設に入所してこのサービスを受ける場合は、区分4～6） ・障害支援区分2～6で、50歳以上の人（障害者支援施設に入所してこのサービスを受ける場合は、区分3～6） |
| <p>施設入所支援</p> | <p>介護が必要な人、または通所が困難な人に居住の場を提供し、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害支援区分4～6で、50歳未満の生活介護受給者 ・障害支援区分3～6で、50歳以上の生活介護受給者 ・自立訓練又は就労移行支援の受給者で、入所しながら訓練等を実施することが必要かつ効果的な人や、やむ得ない事情等により通所によって訓練等を受けることが困難な人 |

【訓練等給付】

| サービスの種類 | 内容 |
|------------------------|--|
| <p>自立訓練 (機能訓練)</p> | <p>障害者支援施設等に通わせて、原則1年6か月の支援計画に基づき、身体機能・生活能力の維持・向上のため、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーション等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持向上等のため一定の支援が必要な身体障害者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所施設や病院を退所・退院した人で、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な人 ・特別支援学校を卒業した人で、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な人 |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>自立訓練 (生活訓練)</p> | <p>障害者支援施設等に通わせて、一定期間の支援計画に基づき、自立した日常生活を営むために必要な訓練等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】地域生活で営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な知的障害者・精神障害者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所施設や病院を退所・退院をした人で、地域生活への移行等を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な人 ・特別支援学校を卒業した人や、継続した通院により症状が安定している人等で地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な人 |
| <p>宿泊型自立訓練</p> | <p>一定期間の支援計画に基づき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるために必要な訓練等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】自立訓練(生活訓練)の対象者のうちに、日中、一般就労や外部の障害福祉サービスを利用している人で、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練などの支援を必要とする人</p> |
| <p>就労選択支援 ※令和7年10月 から導入</p> | <p>就労系サービスの利用希望者を対象に、就労能力や適性等をアセスメントして、どのような仕事・就労先が最善か、どのような訓練を受けたほうがよいかなどを本人と一緒に考え、適切な選択をサポートします。短期集中型サービス（原則1か月）です。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労移行支援または就労継続支援（A・B型）の利用を希望する人 ・現に就労移行支援または就労継続支援（A・B型）を利用している人 |
| <p>就労移行支援</p> | <p>就労を希望する65歳未満の人で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる人に、一定期間の支援計画に基づき、生産活動や職場体験の機会の提供、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援などを行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労を希望する65歳未満の人で、単独で就労することの困難であるため、就労に必要な知識及び技術の習得や就労先の紹介等の支援が必要な人 ・あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許、きゅう師免許を取得することにより、就労を希望する人 |

| | |
|-----------------|--|
| <p>就労継続支援A型</p> | <p>通常の事業所に雇用されることが困難な人に、雇用契約等に基づく就労をさせ、生産活動や就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練などの支援を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】企業等に就労することが困難な65歳未満の人で、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労移行支援を利用したが、企業等の雇用には結びつかなかった人 ・特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用には結びつかなかった人 ・企業等を退職した人など、就労経験のある人で、現に雇用関係がない人 <p>【特例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者によっては、直ちに雇用契約を結ぶことは難しいが、将来的には雇用関係へ移行することが期待できる人も多いことから、一定の要件を満たしている事業所については、特例として雇用契約によらない人の利用も可能になっている。 |
| <p>就労継続支援B型</p> | <p>通常の事業所に雇用されることが困難な人のうち、通常の事業所に雇用されていたが年齢や心身の状態等により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった人、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった人などに、生産活動や就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練などの支援を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】就労移行支援を利用したが一般企業等の雇用には結びつかない人や一定年齢に達している人などで、就労の機会等を通じて、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待できる人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就労経験がある人で、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった人 ・就労移行支援を利用した結果、B型の利用が適当と判断された人 ・上の二つの例に該当しない人で、50歳に達している人又は障害基礎年金1級の受給者 |
| <p>就労定着支援</p> | <p>就労移行支援等の利用を経て一般就労へ移行した人で、就労に伴う環境変化により生活面の課題が生じている人に対し、相談を通じた課題把握や、企業との連絡調整、課題解決に向けて必要な指導・助言等、就労定着するための支援を行います。</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>共同生活援助 (グループホーム)</p> | <p>主として夜間に、共同生活を営む住居において入浴、排泄、食事等の介助等を行います。 対象者 【身・知・精・難】 障害支援区分非該当～6(障害支援区分にかかわらず利用可能)</p> |
| <p>自立生活援助</p> | <p>施設入所支援や共同生活援助を利用していた人等が、一人暮らしへ移行する場合に、定期的な巡回訪問や随時の対応を行い、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行います。</p> |

【地域相談支援】

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------------|---|
| <p>地域移行支援</p> | <p>障害者支援施設に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者が、退所・退院して地域生活へ移行する際に、原則6か月間は、入所施設や精神科病院への訪問による相談、住居を確保するための入居支援、また、障害福祉サービス事業所への同行支援等をその方たちが地域で生活することができるよう、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者支援施設等に入所している障害者 ・精神科病院に入院している精神障害者 ・保護施設・矯正施設・更生保護施設等に入所している障害者。(施設により対象にならない場合があるので、施設の方にご確認ください。) <p>※申請する場合は施設の管理者又は病院のケースワーカーと事前に相談してください。</p> |
| <p>地域定着支援</p> | <p>居宅において単身で生活している障害者が、安定した地域生活をするように、常時の連絡体制を確保し、障害の特性によって生じた緊急の事態等に対して緊急訪問、緊急対応等を行います。</p> <p>対象者 【身・知・精・難】 施設や病院から退所、退院した人や家族との同居から一人暮らしに移行して1年以内で地域生活が不安定な人など。</p> |

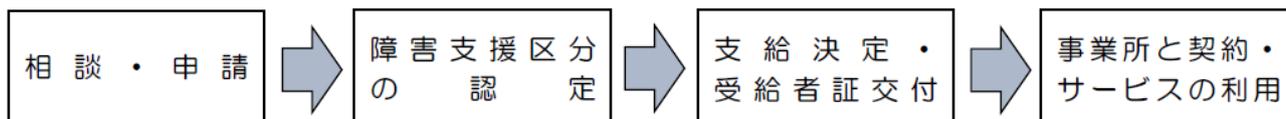
【計画相談支援】

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------------------|--|
| <p>計画相談支援給付費の支給</p> | <p>障害者(児)の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、指定特定相談支援事業所が、サービス等利用計画の作成や、一定期間ごとのモニタリングを行います。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害福祉サービス又は地域相談支援を利用する障害者 ・ 障害福祉サービスを利用する障害児 |

【地域生活支援事業】

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------------------------|---|
| <p>移動支援 (個別支援型)</p> | <p>屋外での移動が著しく困難な人に対し、外出(買い物など必要不可欠な外出や余暇活動等社会参加のための外出)時の円滑な移動を支援し、自立生活や社会参加を促します。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】 単独での外出が困難な人や、単独での外出はできるが、外出先での買い物や公共交通機関の利用等の行為が単独でできない人で、次のいずれかに該当する人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体障害者手帳を有する人のうち、次のいずれかに該当する人 <ul style="list-style-type: none"> 視覚障害 3級以上 上肢不自由 2級1, 2項以上 下肢不自由 3級1項以上 体幹不自由 3級以上 ・ 知的障害者(児) ・ 精神障害者(児) |
| <p>日中一時支援 (短期入所型)</p> | <p>自宅で介護を行う人の休息等のために、障害者支援施設等において日帰りでの一時預かりを行います。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】</p> |
| <p>成年後見制度 利用支援事業</p> | <p>補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難である者を対象に費用を補助します。</p> |
| <p>地域活動支援 センター</p> | <p>障害者の社会参加と自立を図るため、創作活動又は生産活動の機会の提供や、社会との交流の促進等の便宜を供与します。</p> <p>対象者 【身・知・児・精・難】</p> |

○手続きの流れ



※相談は、相談支援センターふかさわ分室ハーモニーや役場保健福祉課福祉係で受けることができます。

※地域生活支援事業及び訓練等給付（共同生活援助は除く）の支給決定を受ける場合は、障害支援区分の認定は必要ありません。

○サービスを利用したときの利用負担について

【利用者負担】

原則として利用したサービスの提供に必要な費用の1割を負担させていただきます。また、負担が重くなりすぎないように、所得に応じて支払う費用の上限月額が次の4段階に設定されています。

| 世帯区分 | 対象となる人 | 上限月額 |
|------|---|----------------------|
| 生活保護 | 生活保護世帯の人 | 0円 |
| 低所得 | 住民税非課税世帯の人 | 0円 |
| 一般 1 | 住民税課税世帯で住民税所得割が16万(児童は28万)未満の世帯 ※入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者を除きます。 | 9,300円 児童は 4,600円 |
| 一般 2 | 住民税課税世帯で住民税所得割が16万(児童は28万)以上の世帯 | 37,200円 |

※障害者の場合、障害者本人とその配偶者の住民税課税状況等に応じて世帯区分が決まります。

※児童の場合、利用者本人の属する(住民基本台帳上の)世帯の住民税課税状況等に応じて世帯区分が決まります。

※施設でサービスを利用する場合の食費や光熱水費などは原則自己負担です。

【高額障害福祉サービス費】

同じ世帯の中で複数の方がサービスを利用する場合や、同じ方が複数のサービスを利用する場合は、合算した額が負担上限月額を超えた分について、高額福祉サービス費として支給されます。詳しくは役場保健福祉課福祉係に問い合わせください。

【障害児通所支援及び障害児相談支援】

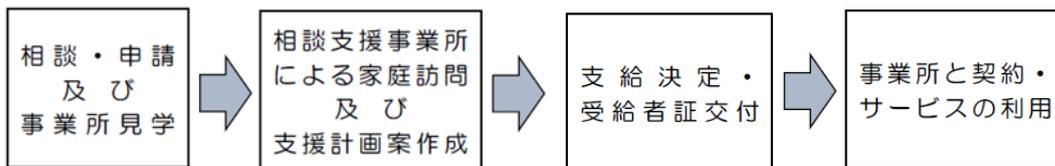
○障害児通所支援とは 児童の発達を促すための支援を行います。対象児は、身体、知的又は精神に障害のある子ども(発達障害のある子どもを含む)などで、療育手帳等の有無は問いません。

| サービスの種類 | 内容 |
|------------|--|
| 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、その他必要な支援を行います。 対象児 就学前児童 |
| 放課後等デイサービス | 学校就学中の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練等を継続的に提供します。学校教育と相まって障害児の自立を促進するとともに、放課後等の居場所づくりを推進します。 対象児 就学後児童（18歳未満） |
| 保育所等訪問支援 | 保育所等を現在利用中の障害児、今後利用する予定の障害児に対して、訪問により、保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を提供し、保育所等の安定した利用を促進します。 ※児童発達支援を利用している児が対象 |

○障害児相談支援・・・障害児通所支援を利用する児童を対象

サービスを適切に利用できるように、指定障害児相談事業所が計画的なプログラム(障害児支援利用計画)を作成し、一定期間ごとにモニタリングを行うとともに、サービス提供事業所と連携調整を行います。

○手続きの流れ



○サービスを利用したときに利用者負担について

【利用者負担】

原則として利用したサービスの提供に必要な費用の1割を負担していただきます。世帯の所得状況に応じて支払う費用の上限月額が次の4段階に設定されています。

| 世帯区分 | 世帯の所得状況 | 負担上限月額 |
|------|---------------------------------|---------|
| 生活保護 | 生活保護世帯 | 0円 |
| 低所得 | 住民税非課税世帯 | 0円 |
| 一般 1 | 住民税課税世帯 (住民税所得割額が合計 28 万円未満) | 4,600円 |
| 一般 2 | 住民税課税世帯 (住民税所得割額が合計 28 万円以上) | 37,200円 |

※利用する児童の属する(住民基本台帳上の)世帯の住民税課税状況等に応じて世帯区分が決まります。

※事業所でおやつ代等を別途徴収する場合があります。

○高額障害児通所給付費

複数のサービスを利用する場合や同じ世帯の中で複数の方がサービスを利用する場合に合算した額が負担上限月額を超えた分について、高額障害児通所給付費として支給されます。

○多子軽減措置

「児童発達支援」の利用にあたっては、利用する児童に“保育園等に通うきょうだい”がいる場合、利用者負担額が軽減されます。きょうだいの人数や世帯収入によって軽減割合が異なります。

2. 補装具費支給制度とは

補装具とは、義肢や車いす、補聴器など、障害により失われた身体機能を補い、日常生活を過ごしやすくするための用具です。

補装具費支給制度では、補装具が必要と認められる方に、その補装具費を支給します。また、補装具費支給制度により購入した補装具が破損した場合には、修理費を支給します。

○対象者

身体障害者手帳の交付を受けている方

○支給種目

障害の内容や程度に応じて、下記の補装具の交付（修理）が受けられます。

ただし、用具によっては、特定の病気や障害が条件になっている場合があります。

| 障害の種類 | 用具の種類 |
|------------------------------|--|
| 視覚障害 | 視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡(矯正眼鏡、弱視眼鏡など) |
| 聴覚障害 | 補聴器 |
| 肢体不自由 | ○身体障害児及び身体障害者が対象 義手、義足、装具、座位保持装置 ※歩行補助つえ(一本つえ、T字つえを除く)、※歩行器 ※車いす、※電動車いす、意思伝達装置 ○身体障害児のみが対象 座位保持いす、起立保持具、頭部保持具、排便補助具 |
| 内部障害 (その障害により歩行 困難な場合) | ※歩行補助つえ(一本つえ・T字つえを除く)、※車いすなど |
| 難病患者等 | 靴型装具、※車いす、※電動車いす、※歩行器、意思伝達装置 など |

※印の用具は、介護保険制度の福祉用具貸与制度の利用が優先になります。

・65歳以上の方及び特定疾病に該当する40歳～64歳方は、介護保険制度が対象となります。 介護高齢係 Tel0285-78-2293 へお問い合わせください。

○負担額

補装具の購入・修理に要した経費の1割。ただし所得により下記のとおり負担上限額の設定があります。

| 所得区分 | 生活保護 | 町民税 非課税世帯 | 町民税課税世帯 (世帯内の所得 割最多課税者が <u>46万円未満</u>) | 町民税課税世帯 (世帯内の所得 割最多課税者が <u>46万円以上</u>) |
|--------|--------------|--------------|--|--|
| 負担上限月額 | 0円 (負担なし) | 0円 (負担なし) | 37,200円 | 支給対象外 |

※世帯の範囲は障害者本人及び配偶者

○申請の手続き

- ・補装具を購入・修理する前に申請が必要です。購入後の申請はできません。

○申請窓口 役場 保健福祉課 福祉係

○手続きに必要なもの

- ・身体障害者手帳(難病患者等は不要) ・見積書 ・医師の意見書
- ・特定疾患医療受給者証または医師の診断書(難病患者等で身体障害者手帳を所持していない場合) ・マイナンバー確認書類

3. 日常生活用具費の給付

重度の障害者の日常生活を過ごしやすいするために必要な用具の費用が給付されます。

○ 品目と対象者

次の表のとおりです。品目により、給付対象となる障害の種類や等級、給付の条件が異なります。

○ 申請の手続きについて

日常生活用具費の給付を受けるためには購入前に申請が必要です。手続きの詳細や不明な点については、役場保健福祉課福祉係へお問い合わせください。

○ 手続きに必要なもの

- ・各種障害手帳（難病患者等は不要） ・見積書 ・カタログ
- ・マイナンバー確認書類 ・医師の診断書（難病患者等のみ）

※品目により医師の意見書が必要なものがあるため、次の表でご確認ください。

| 介護 保険 | 品目 | 障害 内訳 | 障害等級 | | | | | | 備考 |
|----------|----------|---|---------------|---|---|---|---|----------------------|---------------------------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | 入浴担架 | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 入浴に介助が必要な者 |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| 介 | 入浴補助用具 | 下肢 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 在宅であること 入浴に介護が必要な者 住宅改修を伴うものを除く |
| | | 体幹 | ○ | ○ | ○ | — | ○ | — | |
| | | 難病 | 右「備考」条件に該当する者 | | | | | | |
| 介 | 特殊寝台 | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 寝たきりの状態にある者 | | | | | | |
| 介 | 特殊マット | 18歳以上 身体：下肢または体幹1級 知的：重度または最重度 難病：寝たきりの状態にある者 | | | 18歳未満 身体：下肢または体幹2級以上 知的：重度または最重度 難病：寝たきりの状態にある者 | | | 在宅であること 常時介護が必要な者 | |
| 介 | 体位変換器 | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 着替えに介助が必要な者 |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 寝たきりの状態にある者 | | | | | | |
| 介 | ポータブルトイレ | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 常時介護を要する者 | | | | | | |
| 介 | 特殊尿器 | 下肢 | ○ | × | × | × | × | × | 在宅であること 常時介護が必要な者 |
| | | 体幹 | ○ | × | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 自力で排尿ができない者 | | | | | | |

※介護保険欄に「介」をあるものは、介護保険の福祉用具貸与制度を利用させていただきます。

65歳以上の方及び特定疾病に該当する40～64歳の方は、介護保険制度の対象となりますので、保健福祉課介護高齢係へお問い合わせください。

| 介護 保険 | 品目 | 障害 内訳 | 障害等級 | | | | | | 備考 |
|----------|---------------------|----------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 介 | 特殊便器 | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅で常時介護が必要な者 訓練を行っても自ら排便後の 処理が困難な者 |
| | | 体幹 | 重度または最重度 | | | | | | |
| | | 難病 | 上肢機能に障害のあるもの | | | | | | |
| | 携帯用会話補助装置 | | 肢体不自由または音声・言語機能障害 | | | | | | 在宅であること 発音・発語に著しい障害の ある者 |
| 介 | 移動用リフト | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 天井走行型その他住宅改修を 伴うものを除く |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 下肢または体幹機能に障害のある者 | | | | | | |
| 介 | 移動・移乗支援用具 | 平衡 | — | — | ○ | — | ○ | — | 在宅であること 家庭内の移動に介助が必要な 者 住宅改修を伴うものを除く |
| | | 下肢 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | 体幹 | ○ | ○ | ○ | — | ○ | — | |
| | | 難病 | 下肢が不自由なもの | | | | | | |
| | 訓練用いす | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 18歳未満 |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | 訓練用ベッド | 下肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 18歳未満 |
| | | 体幹 | ○ | ○ | × | — | × | — | |
| | | 難病 | 下肢または体幹機能に障害のある者 | | | | | | |
| | T字状の杖・棒状の杖 | | 肢体不自由 | | | | | | |
| | 収尿器 | | 肢体不自由 | | | | | | |
| | 視覚障害用ポータブルレ コーダー | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | 歩行時間延長信号機用小 型送信機 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | 視覚障害者用時計 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | 視覚障害用体温計 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅年齢以上 視覚障害者のみの世帯 |
| | 視覚障害用体重計 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 視覚障害者のみの世帯 |
| | 視覚障害用地デジ対応 ラジオ | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | 視覚障害用ICタグ レコーダー | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |
| | 電磁調理器 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 障害者のみの世帯 18歳以上 |
| | | 知的 | 重度または最重度 | | | | | | |
| | 点字タイプライター | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 就労、就学の 場合 |
| | 点字図書 | 視覚 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 視覚障害者用拡大読書器 | 視覚 | 給付により文字等を読むことが可能に なる者 | | | | | | 在宅であること |
| | 視覚障害者用活字読み上 げ装置 | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること |

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|---------|--|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| | 点字器 | 視覚 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 聴覚障害者用屋内信号装置 | 聴覚 | — | ○ | × | × | — | ○ | 在宅であること 聴覚障害者のみの世帯 |
| | ファックス | 聴覚 | 聴覚障害者又は発音・発語に著しい障害（3級以上程度）があり、緊急連絡等の手段に必要なもの | | | | | | 在宅であること 学齢児以上 |
| | 聴覚障害者用情報受信装置 | 聴覚 | 給付によりテレビの視聴が可能になる者 | | | | | | 在宅であること |
| | 人工内耳用電池 | 聴覚 | — | ○ | ○ | ○ | — | ○ | 人工内耳を装着している者 |
| | 透析液加温器 | 腎臓 | ○ | — | ○ | × | — | — | 在宅であること 自己連続携帯式腹膜灌流法受療者 |
| | 酸素ボンベ運搬車 | 呼吸器 | ○ | — | ○ | ○ | — | — | 在宅酸素療法受療者 |
| | ネブライザー ※同程度の人は医師の意見書が必要 | 呼吸器 | ○ | — | ○ | × | — | — | または同程度の者 |
| | | 難病 | 呼吸器機能に障害のある者 | | | | | | 在宅であること |
| | 電気式単吸引器 ※同程度の人は医師の意見書が必要 | 呼吸器 | ○ | — | ○ | × | — | — | または同程度の者 在宅であること |
| | | 難病 | 呼吸器機能に障害のある者 | | | | | | 在宅であること |
| | パルスオキシメーター ※同程度の人は医師の意見書が必要 | 呼吸器 | ○ | — | ○ | × | — | — | または同程度の者 在宅であること |
| | | 難病 | 人工呼吸器の装着が必要な者 | | | | | | 在宅であること |
| | 火災警報器 | 身体 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯 |
| | | 知的 | 重度又は最重度 | | | | | | |
| | 自動消火器 | 身体 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯 |
| | | 知的 | 重度又は最重度 | | | | | | |
| | | 難病 | 右「備考」条件に該当する者 | | | | | | |
| | 人工喉頭 | 音声又は言語 | — | — | ○ | ○ | — | — | |
| | 点字ディスプレイ | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | 在宅であること 視覚2級以上の者 |
| | 情報・通信支援用具 | 上肢 | ○ | ○ | × | × | × | × | 周辺機器を使用しなければ、パソコンの操作が困難な者 |
| | | 視覚 | ○ | ○ | × | × | × | × | |
| | 頭部保護帽 | レディメイド | 肢体不自由、知的障害、精神障害 | | | | | | てんかん等の発作により頻繁に転倒する者 |
| | | オーダーメイド | 肢体不自由、知的障害、精神障害 | | | | | | 医師に必要と認められた者 申請時に医師の意見書が必要 |
| | ストマ用装具 | 膀胱又は直腸 | ○ | — | ○ | ○ | — | — | |
| | 紙おむつ | 膀胱又は直腸 | ストマ用装具が使用できない者 | | | | | | 新規申請時に医師の意見書が必要 |
| | | 肢体 | 脳性まひ等脳原性運動機能障害の者（概ね3歳未満に発症の方） | | | | | | |

4. 住宅改修費の給付

○住宅改修費の給付とは

障害者が現在居住している住宅の住環境を改善するために住宅改修を行う場合、その費用を給付します。※65歳以上の方及び特定疾病に該当する40～64歳の方は、介護保険制度が優先となりますので、住宅改修を行う場合は介護高齢係へお問い合わせください。

○対象となる改修

- ①手すりの取付け
- ②床段差の解消
- ③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床材の変更
- ④引き戸等への扉の取替え
- ⑤洋式便器等への便器の取替え
- ⑥その他の①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

○給付額及び給付回数

住宅改修に必要とする費用の全額で、限度額は20万円。
対象者1人に1回のみ。

○対象者

| | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|-----------|------------------|----|----|----|----|----|
| 下 肢 不 自 由 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 体 幹 不 自 由 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 脳原性移動機能障害 | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 難 病 患 者 等 | 下肢または体幹機能に障害のある者 | | | | | |

(特殊便器の取替えは上記のほかに上肢2級以上)

○申請の手続き

手続きに必要なもの

- 身体障害者手帳（難病患者等は不要） ●医師の診断書（難病患者等のみ）
- 工事図面（工事業者作成の図面で工事前と工事後の状況がわかるもの）
- 改修工事見積書 ・着工前の工事箇所の写真 ●マイナンバー確認書類

※住宅改修費の給付を受けるためには、事前の申請が必要です。

手続きの詳細や不明な点については、役場保健福祉課福祉係へお問い合わせください。

5. 住宅改造費の補助

○住宅改造費の補助とは

重度身体障害者等の住宅を「より快適で安全な住居」に改造するための必要な費用を補助する制度です。(予算の制限有り)

○補助額

対象工事に要した額で、50万円を上限とし、その額に次の補助率を乗じた額を補助します。

- ①生活保護世帯 10/10
- ②所得税非課税世帯 3/4
- ③所得税課税世帯 1/2

(2) 補助対象者等

| | | |
|--------|---|--|
| 対象者 | 身体障害者手帳 1級、2級 ※視覚障害、下肢不自由、体幹不自由、脳原性移動機能障害以外の方は非該当になる可能性があるため、事前にご相談ください。 療育手帳 A | 身体障害者手帳所持者で、その障害が腎臓機能障害であって、在宅で血液透析を行おうとするもの |
| 補助対象工事 | 玄関、廊下、階段、居室、トイレ、洗面所、台所等障害者が利用する部分で障害者等の日常生活に利便を与える改造工事 | 在宅血液透析にかかる機器を作動させるために必要な電気工事又は給排水工事 |
| 補助回数 | 1回 | 1回 |
| 補助条件 | 介護支援専門員、理学療法士、作業療法士または福祉住環境コーディネーター等が作成した理由書が必要です。 ※工事内容が「住宅改修費」の項目に該当する場合は、「住宅改修費、最大20万円」の制度を優先するものとし、残りの費用を「住宅改造費」で補助する場合があります。 ※65歳以上の方及び特定疾病に該当する40～64歳の方は、介護保険制度の対象となりますので、住宅改修を行う場合は介護高齢係へお問い合わせください。 | 在宅血液透析を行うことについて医師の了承を得ていることが必要です。 |

※住宅改造費の補助を受けるためには、事前の申請が必要です。手続きの詳細や不明な点については、役場保健福祉課福祉係にお問い合わせください。

6. 緊急通報体制整備

- 緊急通報体制事業とは
急病や災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図るために安否確認機能付きの緊急通報装置を貸与します。
- 対象者
65歳以上の者のみからなる世帯または身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者のみからなる世帯
- 申請の手続き
高齢者世帯は役場保健福祉課介護高齢係へ、障害者世帯は役場保健福祉課福祉係へお問い合わせください。

7. 障害者訪問入浴サービス事業

- 障害者訪問入浴サービス事業とは
家庭で入浴することが困難な重度の身体障害者の家庭に訪問し、入浴のサービスを実施します。
- 対象者
以下の全てに該当する人。
 - ・本事業の利用を図らなければ入浴が困難な在宅の重度身体障害者
 - ・医師から入浴を許可されている人
 - ・介護保険法に基づく訪問入浴介護を受けることができない
- サービス内容
① 入浴及び洗顔 ②清拭（入浴ができない方）
- 費用
所得により自己負担額が異なります。
- 申請の手続き
役場保健福祉課福祉係へお問い合わせください。

8. 在宅重度身体障害者理髪料金助成事業

- 在宅重度身体障害者理髪料金助成事業とは
在宅重度身体障害者に対し一定額の理髪料金を助成する事業です。
- 対象者
日常生活において、他人の介護を要し、理髪業者より出張理髪をしてもらっている者、又は出張理髪を要する状態となった者で下記の状態のもの。
 - ① 常時介護を要する重度身体障害者：65歳未満で身体手帳の1・2級の方
 - ② 常時介護を要する重度知的障害者：療育手帳Aの方
- 対象者の認定
対象者の認定は、対象者からの申請書に基づき民生児童委員の意見を聞き認定します。
- 利用券の交付
利用券の交付は認定時とし、民生児童委員を通じて交付します。
利用券は1回3,000円分で、利用回数は年3回までです。

○申請の手続き

問い合わせ：出雲崎町社会福祉協議会

助成金のお支払い

理髪業者による理髪後、請求書に氏名記入、押印の上、民生児童委員を通じて請求してください。

9. 軽・中等度難聴者補聴器購入費助成事業

- 軽・中等度難聴者補聴器購入費事業とは
身体障害者手帳の対象とならない18歳以上の軽・中等度難聴者に補聴器の購入費を助成します。購入前に事前申請を行い、決定を受ける必要があります。
- 対象者
身体障害者手帳（聴覚障害）の対象とならない方で、次のいずれかに該当する方。
 - ① 両耳の聴力レベルがそれぞれ30dB以上の方
 - ② 医師に補聴器の装用が特に必要と判断された方
- 助成額
補聴器購入費（本体および付属品）の1/2（助成上限5万円）
※ただし、生活保護世帯は全額（助成上限10万円）
- 申請の手続き
役場保健福祉課福祉係へお問い合わせください。

10. 生活福祉資金の貸与

○生活福祉資金の貸与とは

障害者が生活のいろいろな場面での必要な資金を貸付ける制度です。

○資金の目的と種類

| 貸付する資金 | | 資金の用途 | 貸付限度額 | 償還期間 |
|--------|-----|---------------------------------|---------------------|--------|
| 福祉資金 | 福祉費 | 事業の開始、継続、拡大店舗の補修、設備改善等 | 460万円 | 20年以内 |
| | | 就職または知識技能の取得をするための経費及びその期間中の生活費 | 580万円 (期間により異なる) | 8年以内 |
| | | 就職、技能習得等の支度に必要な経費等 | 50万円 | 3年以内 |
| | | 日常生活に必要な高額福祉用具購入費 (盲人ワープロ等) | 170万円 | 8年以内 |
| | | 障害者用自動車購入費 | 250万円 | 8年以内 |
| | | 住宅の増築、改築・改造 | 250万円 | 7年以内 |
| 緊急小口資金 | | 緊急かつ一時的に生計の維持が困難となった場合に必要経費 | 10万円 | 12か月以内 |

※ 貸付限度額等に変更される場合があります。申込時に確認してください。

○対象世帯

- ①身体障害者手帳の交付を受けている者の属する世帯
- ②療育手帳の交付を受けている者の属する世帯
- ③精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者の属する世帯

○貸付条件

| | |
|-------|---------------------------------------|
| 連帯保証人 | 原則として連帯保証人（保障能力を有し、借受人と同居していない者）を立てる。 |
| 貸付利率 | 連帯保証人を立てる場合は無利子、連帯保証人がいない場合は年1.5% |
| 償還方法 | 原則として元利金等月賦償還 |
| 延滞利息 | 年5% |

○相談窓口

民生児童委員 または 出雲崎町社会福祉協議会

1 1. 郵便等による不在者投票

○郵便等による不在者投票とは

重度の身体障害のために投票所に行けない人が、あらかじめ選挙管理委員会から「郵便等投票証明書」の交付を受け、郵便等による不在者投票ができる制度です。

○対象者

次のいずれかに該当する人

①次の身体障害者手帳の所持者

- ・両下肢不自由、体幹不自由、移動機能障害・・・・・・・・・・1級もしくは2級
- ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の機能障害・・・1級もしくは3級
- ・免疫、肝臓の機能障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・1級から3級まで

②次の戦傷病者手帳の所持者

- ・両下肢不自由、体幹不自由・・・・・・・・・・特別項症から第2項症まで
- ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓の機能障害
・・・・・・・・・・特別項症から第3項症まで

③介護保険の被保険者証の要介護状態区分が「要介護5」の人

○利用の手続き

制度の利用には申請が必要です。

手続きの詳細については以下にお問い合わせください。

出雲崎町選挙管理委員会事務局 TEL0258-78-2290

(代理記載制度)

○郵便等による不在者投票における代理記載制度とは

郵便等による不在者投票の対象者で、かつ、自ら投票の記載をすることができない人が、あらかじめ選挙管理委員会から代理記載人が記載された「郵便等投票証明書」の交付を受け、代理記載の方法で郵便等による不在者投票ができる制度です。

○対象者

次のいずれかに該当する人

①郵便による不在者投票の対象者で、かつ、上肢不自由または視覚障害1級の身体障害者手帳の所有者

②郵便による不在者投票の対象者で、かつ、上肢不自由または視覚障害の程度が特別項症から第2項症までの戦傷病者手帳の所持者

○利用の手続き

制度の利用には申請が必要です。

手続きの詳細については以下にお問い合わせください。

出雲崎町選挙管理委員会事務局 TEL0258-78-2290

12. 日常生活自立支援事業

○日常生活自立支援事業とは

判断能力が十分でなくても地域で安心して暮らせるように、金銭管理や手続きに関する支援を本人の意思に基づいて提供します。

○対象者

認知症、知的障害、精神障害などにより、自分ひとりで日常生活上の諸手続きを適切に行えるかどうか、不安を抱えているものの、契約が可能な程度に判断能力が残存している人。

○利用の手続き

事業を利用するには事前の相談と契約が必要です。また、契約後に提供される支援は有料です。手続きの詳細については以下にお問い合わせください。

出雲崎町社会福祉協議会 TEL0258-41-7133

13. 出雲崎たすけ愛隊

○出雲崎たすけ愛隊とは

住み慣れた地域で安心して暮らせるように、生活の中でのちょっとした困りごとがある人と、お手伝いできる人がお互いに支えあう有償の生活支援サービスです。

利用料：30分 300円（1回のサービス提供時間は最大1時間 600円）

○対象者

出雲崎町に住民票がある方

○利用の手続き

事前の申し込みが必要です。詳しくは以下にお問い合わせください。

出雲崎町社会福祉協議会 TEL0258-41-7133

4 交通費、自動車関係

1. タクシー・バス利用券

在宅障害者の継続的負担の軽減や社会参加の促進のため、タクシー・バス利用券を交付します。（自動車燃料費助成または人工透析者通院費助成との併用はできません。）

○対象者

次の手帳所持者の方が対象となります。

- ・身体障害者手帳1級～4級
- ・療育手帳A、B
- ・精神障害者保健福祉手帳

※障害者支援施設や特別養護老人ホーム等に入所している方、自動車燃料費助成または人工透析者通院費助成を受けている方は対象外です。

○助成の内容・方法

- ・交付されるタクシー・バス利用券

1枚500円のタクシー・バス券を60枚（30,000円分）交付します。

なお、年間を通じて町内の医療機関に月に2回以上、または町外の医療機関に月に1回以上定期的に通院されている方は、さらに30枚まで追加交付できます。通院している病院の証明が必要となり、通院証明の用紙は役場にありますので、保健福祉課福祉係までお問い合わせください。

- ・利用の方法 一タクシー・バス券の料金を支払うとき一

- ① 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を提示してください。
- ② 必要な枚数のタクシー・バス利用券を渡してください。
- ③ おつりはできませんので、差額が生じたときは現金を支払ってください。

○申請の手続き

交付場所・問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

必要なもの ●身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
●医療機関の証明書（追加交付の場合）

1～3の事業の中から1つの事業のみ申請できます。

2. 自動車燃料費助成制度

在宅障害者の継続的負担の軽減や社会参加の促進のため、自動車燃料費を助成します。毎年度、事前申請が必要になります。助成の対象となる給油期間はその年度の助成決定日から、年度末までです。

○対象者

①本人が運転する場合

→ 身体手帳 1 級・2 級、療育手帳 A、精神手帳 1 級の交付を受けている人

②家族が運転する場合

→ 身体手帳 1 級・2 級、療育手帳 A、精神手帳 1 級の交付を受け定期的な通院等（1 か月に 1 回以上）を必要とする者と生計を一にする人

○助成限度額

1 年度当たり 45,000 円を上限とし助成します。

○手続き * 事前に申請が必要です

問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
- 運転者の免許証、自動車検査証
- 通院に係る証明書（家族運転の場合のみ）
- 助成対象者名義の預金通帳

○請求の方法

上記の申請後、決定通知書と請求書を送付しますので、「身体障害者等自動車燃料費助成請求書」と申請日から年度の 3 月 31 日までに給油した「ガソリン及び軽油の領収書・レシート」を添えて請求してください。

① レシートの場合

- ・車体番号が印字されている場合・・・そのまま申請できます
- ・車体番号が印字されていない場合
車体番号及び店員の認印の記載があるもの

② 領収書の場合

- ・本人又は同一世帯の氏名及び車体番号の記載があるもの

1～3の事業の中から1つの事業のみ申請できます。

3. 人工透析者通院費助成事業

人工透析のために医療機関に通院している方の通院費の負担軽減のため、通院費の助成を行います。

○対象者

腎臓機能障害の身体障害者手帳を所持し、人工透析のために医療機関を週2回以上通院している方。

○助成額

月額6,000円を助成します。

※4, 8, 12月ごとに4か月分をお振込みします。

○手続き * 事前に申請が必要です

問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳
- 医師の診断書等又は自立支援医療(更生医療)の受給者証の写し
- 助成対象者名義の預金通帳

○請求の方法

上記の申請後、決定通知書を送付します

○その他

施設に入所又は医療機関に1か月以上入院すると受給資格を喪失します。

1～3の事業の中から1つの事業のみ申請できます。

4. 出雲崎町障害者更生訓練費支給事業

自立訓練又は就労移行支援を町外の事業所を利用する方に更生訓練費を支給します。

○対象者

障害福祉サービスの支給決定を受け、障害福祉サービス事業を行う施設において自立訓練、移行支援又は就労継続支援 A 型を受けている方。ただし、就労継続支援 A 型を受けている方の支給期間は最大2年間です。

○支給額

1日500円（月額上限5,000円）

○手続き

訓練等を受けた月の翌月 10 日までに申請書を提出してください。

問い合わせ先：役場保健福祉課福祉係

申請に必要なもの

- 申請書（施設長等の証明を受けたもの）
- 通帳（初回申請のみ）

5. 自動車改造費の助成

○ 対象者

| | | 本人運転 | 介護者運転 |
|-------------|-------|---|--|
| 内 容 | | 身体障害者が自ら所有し、運転する自動車の改造費を助成 | 身体障害者と生計を同じくする者が運転する自動車の改造費を助成 |
| 対象者 | 等級制限 | 上肢・下肢・体幹不自由の1～2級または、取得した自動車運転免許証にその障害に応じた改造の要件が記載されていること。 | 身体障害者手帳1～2級 |
| | 自動車運転 | 運転免許を取得している者。 改造後に取得する場合は、助成金の交付が免許取得後となります。 | 自ら運転できない者 |
| | 身体状況 | | 車いすを使用していること |
| | 所得制限 | 対象者本人の所得制限あり | 対象者本人、配偶者及び扶養義務者 |
| | その他 | 過去5年間に自動車改造費助成を受けていないこと | 過去5年間に自動車改造費助成を受けていないこと |
| 対象となる自動車改造等 | 所有者 | 対象者本人 | 対象者本人又は介護者 |
| | 使用目的 | 対象者の社会参加活動のために使用 | 対象者の社会参加活動のために使用 |
| | 改造内容 | 対象者が運転するために必要な自動車の走行装置、駆動装置等の一部を改造する場合 | 対象者が運転するために必要な自動車の走行装置、駆動装置等の一部を改造する場合 |
| 助成額 | | 改造経費の全額 限度額 10万円 | ① 生活保護世帯改造費の全額(限度額 60万円) ② 所得税非課税世帯改造費の2/3(限度額 40万円) ③ その他の世帯改造費の1/2(限度額 30万円) |

○ 手続き

申請先：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳
- 自動車改造費の見積書(新車購入の場合は通常車両の見積書と福祉車両の見積書)
※事前に出雲崎町役場福祉係に問い合わせください
- 対象者の運転免許証(取得者のみ)
- 介護者の運転免許証(介護者運転のみ)

※ 申請は自動車改造(又は移乗装置を備えた車を購入)する前に行い、助成決定の通知を受けた後、改造(又は購入)してください。

6. 自動車運転免許取得費の助成

身体障害者が普通自動車運転免許を取得する場合、費用の一部を助成します。

○ 対象者

身体障害者手帳所持者（1級～4級）

○ 補助額

自動車運転免許取得経費の2/3の補助。ただし補助額は10万円を限度とする。

○ 手続き

| |
|--|
| 問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係 申請に必要なもの：●身体障害者手帳 |
|--|

※免許取得前（自動車学校卒業前）に申請してください

※助成決定通知日の日付より後に免許を取得してください。

7. 自家用有償旅客運送者

介助なしに移動することが困難であり、単独でタクシー等の公共交通機関を利用することが難しい障害者や要介護者が利用できます。

○ 対象者

- 身体障害者手帳
- 療育手帳
- 精神保健福祉手帳

○ 問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

特定非営利活動法人ねっとわーくさぶらい
(電話：0258-86-7737)

※ねっとわーくさぶらいは、除雪や部屋掃除等も行っています。

8. 新潟県おもいやり駐車場制度

健全者が障害者等用の駐車スペースに停めるなどの不適切な駐車を防ぐための制度です。利用証を車内に掲げることにより、協力店で「おもいやり駐車場」を利用することができます。

○対象者及び申請に必要なもの

歩行が困難または歩行に配慮が必要な人

①身体障害者 【利用証有効期間：5年】

*申請に必要なもの

●身体障害者手帳

| | | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|----------------|---|----|----|----|----|----|----|
| 視 | 覚 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| 聴 | 覚 | — | × | × | × | — | × |
| 平 | 衡 | — | — | ○ | — | ○ | — |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 | | — | — | × | × | — | — |
| 肢 | 上 | ○ | ○ | × | × | × | × |
| | 下 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 体 | ○ | ○ | ○ | — | ○ | |
| 脳 | 上 | ○ | ○ | × | × | × | × |
| | 移 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 内 | | ○ | ○ | ○ | ○ | — | — |

②知的障害者 【利用証有効期間：5年間】

*申請に必要なもの

●療育手帳

| | A | B |
|---|---|---|
| 療 | ○ | ○ |

③精神障害者 【利用証有効期間：5年間】

*申請に必要なもの

●精神障害者保健福祉手帳

| | 1級 | 2級 | 3級 |
|---|----|----|----|
| 精 | ○ | ○ | × |

④発達障害のある場合（歩行に介助者の特別な注意が必要とし医療機関又は療育機関が認めた者） 【利用証有効期間：5年間】

*申請に必要なもの

●医師等の診断を記載した書面

⑤難病患者（特定疾患医療受給者及び特定医療費(指定難病)受給者

【利用証有効期間：5年間】

*申請に必要なもの ●特定疾患医療受給証又は特定医療費(指定難病)受給証

⑥高齢者（介護保険の要介護状態区分が要支援1以上の人）【利用証有効期間：5年間】

*申請に必要なもの ●介護保険被保険者証

⑦妊産婦（母子手帳取得者で妊娠7ヶ月以上の人）

【利用証有効期間：分娩予定日(又は出産日)の1年半後】

*申請に必要なもの ●母子健康手帳

⑧その他けが人又は病気等の人（歩行が困難であることが診断書等により確認できる人）

【利用証有効期間：必要期間】

*申請に必要なもの ●医師の診断を記載した書面

○申請の手続き

・申請方法

窓口申請：役場保健福祉課福祉係でお手続きください。

郵送申請：新潟県福祉保健部障害福祉課計画推進係（〒950-8570 新潟市中央区新光町4-1）へ送付ください。

・交付時期

窓口申請の場合は、即日交付します。郵送の場合は申請書受付より概ね3～4週間で新潟県から利用者証が自宅に郵送されます。

・利用方法

「新潟県おもいやり駐車場制度」に協力している施設の駐車場区画におもいやり駐車場利用証をルームミラー等にかけて利用してください。協力施設は新潟県ホームページに掲載しています。



利用証と協力区画のマーク

9. 駐車禁止除外指定

駐車禁止除外指定者標章を提示することにより、公安委員会が規制した駐車禁止の場所に駐車できるようになります。ただし、利用上の制限があります。

○対象者

①身体障害者

| | | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|------------------------------|---|----|------------------|----|----|----|----|
| 視 | 覚 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| 聴 | 覚 | — | ○ | ○ | × | — | × |
| 平 | 衡 | — | — | ○ | — | × | — |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 | | — | — | × | × | — | — |
| 肢 | 上 | ○ | 1,2項：○ 3,4項：× | × | × | × | × |
| | 下 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| | 体 | ○ | ○ | ○ | — | × | — |
| 脳 | 原 | ○ | ○ | × | × | × | × |
| | 性 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| 機能障害 | | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 内部障害（心臓・腎臓・呼吸器・膀胱、直腸、小腸機能障害） | | ○ | — | ○ | × | — | — |
| 肝臓機能障害・免疫機能障害 | | ○ | ○ | ○ | × | × | × |

※運動機能障害2級については、上肢のみに運動機能障害ある場合を除く。

②知的障害者

| | A | B |
|------|---|---|
| 療育手帳 | ○ | × |

③精神障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 |
|-------------|----|----|----|
| 精神障害者保健福祉手帳 | ○ | × | × |

④小児性慢性特定疾患医療受診券の交付を受けている者（疾患の程度が色素性乾皮症のもの）

○申請手続

窓口：与板警察署交通課

申請に必要なもの

- 申請書（警察署にありますので、記載してください。）
- 身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳の写し
- 住民票（障害者本人が記載され、3か月以内に交付されたもの。）

※障害者本人以外の方が代理申請される場合は、申請資格や必要書類がありますので、与板警察署交通課（電話：0258-72-0110）に事前にお問い合わせください。

5 運賃・公共料金等の割引

1. 交通運賃の割引

○旅客鉄道、バス、旅客船

①割引の対象

身体障害者手帳、療育手帳の交付を受けた人が乗車、乗船する場合

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた人が県内の路線バスに乗車、佐渡汽船に乗車する場合

②割引の内容

旅客鉄道、バス、旅客船の割引は、障害の程度によって第1種と第2種に分かれ、割引の内容が異なります。

| | 第1種障害者 (身体・知的・精神) | 第2種障害者 (身体・知的・精神) | 割引率 |
|------------------|--|--|-------------------|
| 旅客 鉄道 (JR) | ○介護者と同乗する場合 本人と介護者の ●乗車券 ●定期券 ●回数券 ●急行券 ※距離数制限はありません ○単独で乗車する場合 ※片道 100 km以上の乗車券 | ○本人のみ、片道 100 km以上の乗車券 | 50% |
| バス | ○本人及び介護者の ●運賃 ●定期券 ※精神は本人のみ対象 | ○本人のみの ●運賃 ●定期券 ※12歳未満の場合は、介護人も割引対象(身体・知的のみ) | 運賃：50% 定期券：30% |
| 旅客船 | ○本人及び介護者の運賃 ※精神は本人のみ対象 | ○本人のみの運賃 | 50% |

※地域によっては割引率や割引対象者等が変わりますので、詳しくはご利用の公共交通機関にお問い合わせください。

③割引の受け方

○旅客鉄道、バス定期、旅客船の場合

乗車券等を購入するとき、身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を提示してください。

○バス運賃の場合

運賃を支払うときに身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を提示してください。

④第1種障害者と第2種障害者の区別は、それぞれの手帳で確認してください。

○航空機

国内各航空路線の国内船を利用する場合には、運賃が割引されます。

① 割引の対象

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた人

② 割引の内容

障害の程度に関わらず、介護者1名まで運賃が割引されます。

③ 割引の受け方

航空券を購入するときに、各種手帳を提示してください。

○タクシー料金

①割引の対象

身体障害者手帳又は療育手帳の交付を受けた人が乗車する場合

②割引の内容

等級に関係なく、割引が受けられます。(ハイヤー協会加盟各社を利用した場合)

| | 割引率 |
|------|-----|
| タクシー | 10% |

※その他割引制度と重複しての割引は受けられません。

(45ページのタクシー・バス利用券は併用可)

④ 割引の受け方

タクシー料金を支払うときに身体障害者手帳又は療育手帳を提示してください。

※精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた人も対象になる場合があります。割引の有無についてはご利用のタクシー会社へお問い合わせください。

2. 有料道路通行料金の割引

身体障害者手帳、療育手帳の所持者が日常生活（通勤・通学・通院等）において有料道路を利用するさいに、通行料金の50%の割引を適用します。

利用するには事前の申請が必要です。

○対象者

①身体障害者

| | |
|-----|-------------|
| 第1種 | 本人運転又は介護人運転 |
| 第2種 | 本人運転に限る |

②知的

| | |
|---|-------|
| A | 介護人運転 |
|---|-------|

○対象となる自動車 ※業務利用等自動車は対象外です。

| | |
|----------------------|---|
| 障害者本人が運転する場合 | <ul style="list-style-type: none">・本人（その親族）が所有する自家用乗用車・レンタカー、社会福祉協議会等の貸出車両、車検や修理時の代車及び友人等が所有する自家用乗用車（ETCレーンは利用できません） |
| 介護人が運転し、障害者本人が乗車する場合 | <ul style="list-style-type: none">・本人（その親族）が所有する自家用乗用車・介護人が所有する自家用乗用車・レンタカー、社会福祉協議会等の貸出車両、車検や修理時の代車及び友人等が所有する自家用乗用車（ETCレーンは利用できません） |

○割引の受け方

申請先：役場 保健福祉課 福祉係

申請に必要なもの

- 身体障害者手帳又は療育手帳
- 運転免許証（障害者本人が運転する場合のみ）
- 車検証（自動車登録をしない場合は不要）

※ETCをご利用の場合は以下のものも必要となります。

- ETCカード

（障害者本人名義のもの。ただし20歳未満の場合は、家族名義のETCカードでも良い）

- ETC車載器の管理番号が確認できるもの

※通行料金を支払う際に身体障害者手帳又は療育手帳を提示してください。

※割引には有効期限があります。継続して割引を受けるためには更新申請が必要です。

更新の際にお持ちいただくものは当初申請の際に必要なものと同じです。更新手続きは有効期限の2か月前から可能です。

3. NTT（電話）番号の無料案内【ふれあい案内】

○内 容 NTT の番号案内が無料になります。利用には、事前に登録が必要です。

○対象者 次の「○」の手帳所持者

①身体障害者

| | | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
|----------------|---|----|----|----|----|----|----|
| 視 | 覚 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 聴 | 覚 | — | ○ | ○ | ○ | — | ○ |
| 平 | 衡 | — | — | × | — | × | — |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 | | — | — | ○ | ○ | — | — |
| 肢 | 上 | ○ | ○ | × | × | × | × |
| | 下 | × | × | × | × | × | × |
| | 体 | ○ | ○ | × | — | × | — |
| | 脳 | ○ | ○ | × | × | × | × |
| 内 部 障 害 | | × | × | × | × | — | — |

③ 知的障害者

| | A | B |
|---------|---|---|
| 療 育 手 帳 | ○ | ○ |

③精神障害者

| | 1級 | 2級 | 3級 |
|-------------|----|----|----|
| 精神障害者保健福祉手帳 | ○ | ○ | ○ |

○問い合わせ先：フリーダイヤル 0120-104-174

4. 各種携帯電話基本使用料等の割引

○対象者

次のいずれかの交付を受けている方（交付を受けている方が名義人となる契約が条件）

- ①身体障害者手帳
- ②療育手帳
- ③精神障害者保健福祉手帳
- ④特定疾患医療受給者証
- ⑤特定疾患登録者証

○問い合わせ先

詳しくは各携帯電話会社にお問い合わせください。

| 会社名 | 携帯電話からのお問合せ先 | 一般電話からのお問合せ先 |
|---------|--------------|-------------------|
| NTT ドコモ | 局番なし 151（無料） | 0120-800-000（無料） |
| a u | 局番なし 157（無料） | 0077-7-111（無料） |
| ソフトバンク | 局番なし 157（無料） | 0800-919-0157（無料） |

5. NHK 放送受信料の割引

NHK 放送受信料の割引には、障害や世帯の状況により、半額免除と全額免除があります。適用は申請月からとなり、申請月分ですでに支払った分は後日差額が返金されます。

○半額免除となる場合

次の手帳所持者が世帯主かつ契約者のとき

| | 障害程度・等級 |
|-------------|-------------------------|
| 身体障害者手帳 | 視覚・聴覚障害 または、総合等級1，2級 |
| 療育手帳 | A |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 1級 |

○全額免除となる場合

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの所持者のいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が町民税非課税であるとき

※世帯分離している場合でも、同居している方全員を対象に課税状況を確認します。

○割引の受け方

割引を受けるには申請が必要です。

申請先：役場 保健福祉課 福祉係

必要なもの

- 身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳
- 印鑑

※契約内容に変更があった場合はNHK（025-230-1651）に連絡をしてください。

6. エヌ・シィ・ティ（ケーブルテレビ）福祉料金制度

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持者と生計を共にする世帯の放送利用料金が減額されます。

ただし、他の割引サービスを適用されている場合は福祉割との併用はできないなど、契約内容によって適用の範囲が限定されますので、詳しくは(株)エヌ・シィ・ティにお問い合わせください。

○割引の受け方

割引を受けるには申請が必要です。

申請先：(株)エヌ・シィ・ティ

必要なもの

- 身体障害者手帳または療育手帳または精神障害者保健福祉手帳
- 印鑑

○問い合わせ先 (株)エヌ・シィ・ティ 長岡市干場1-7-9

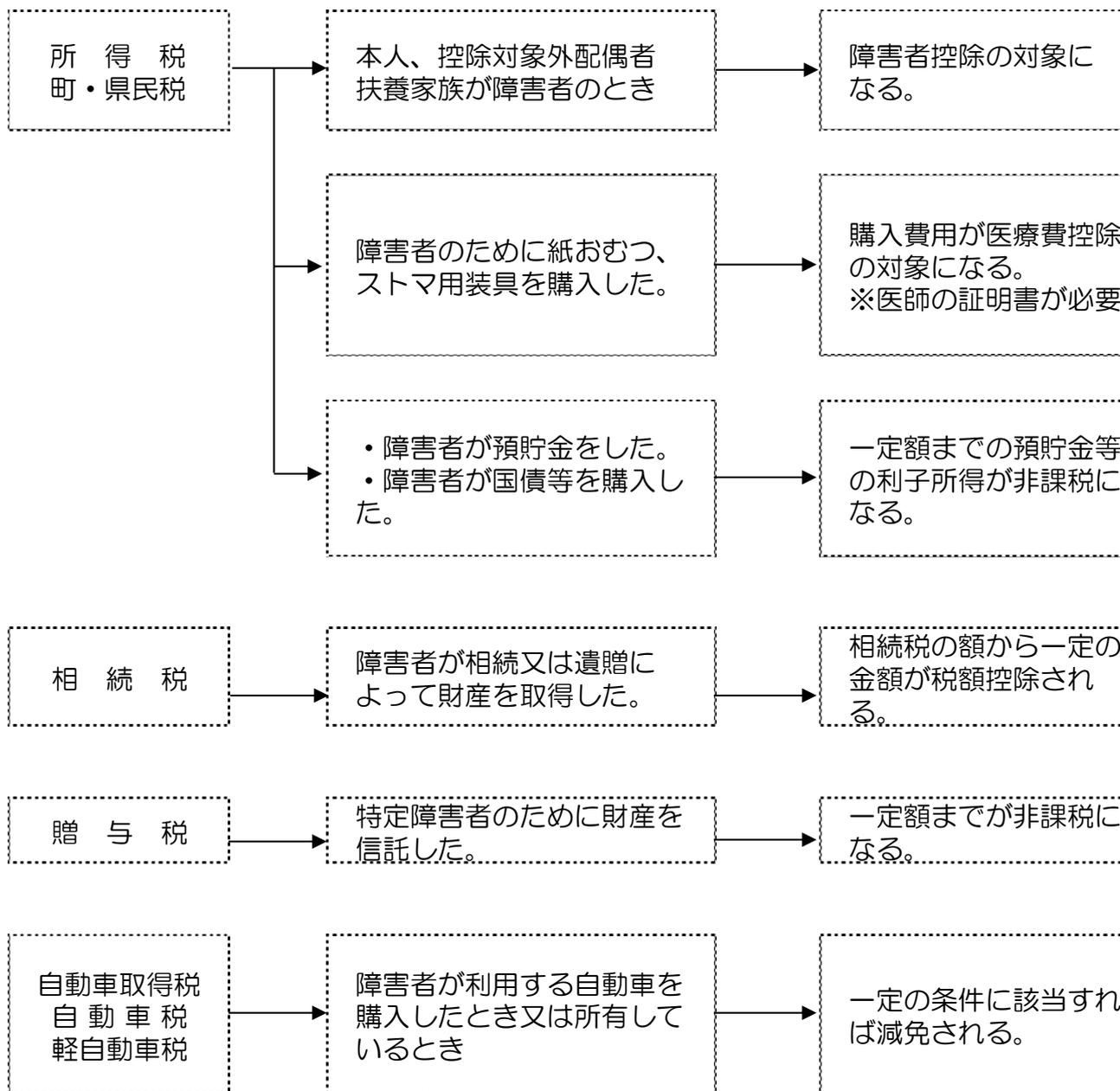
TEL：0120-080-009（月～金曜：午前9時30分～午後5時30分）

FAX：0258-33-0090

6 税金等の優遇措置

1. 優遇措置の概要

障害者本人又は障害者を扶養している人などに対して、下記のように税金が優遇されます。



2. 所得税、県・町民税（詳しくは町民課へ）

（1）障害者控除

障害の程度や同居・別居により、下記の額が所得から差し引かれます。

手帳の交付申請をした年から適用することができます。

①納税義務者本人が障害者のとき

| | | |
|-------|---|---|
| | 身体障害者手帳 1～2 級 療 育 手 帳 A 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | 身体障害者手帳 3～6 級 療 育 手 帳 B 精神障害者保健福祉手帳 2～3 級 |
| | 特 別 障 害 者 控 除 | 障 害 者 控 除 |
| 所 得 税 | 40万円 | 27万円 |
| 町・県民税 | 30万円 | 26万円 |

※合計所得金額が135万円以下の際には、町・県民税は非課税になります。

②納税義務者の控除対象配偶者、扶養親族が障害者のとき

| | | |
|-------|---|---|
| | 身体障害者手帳 1～2 級 療 育 手 帳 A 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | 身体障害者手帳 3～6 級 療 育 手 帳 B 精神障害者保健福祉手帳 2～3 級 |
| | 特 別 障 害 者 控 除 | 障 害 者 控 除 |
| 所 得 税 | 40万円（75万円） | 27万円 |
| 町・県民税 | 30万円（53万円） | 26万円 |

※1 障害者控除は、合計所得金額が1,000万円を超え配偶者控除が適用されない納税義務者の同一生計配偶者や、年齢16歳未満の扶養親族にも適用されます。

2 同居の場合は、（）内の控除額になります。

3 障害者1人当たりの控除額になります。

詳しくは、国税庁ホームページをご覧くださいか、長岡税務署（Tel0258-35-2070・自動音声案内）、又は町役場町民課税務係（Tel0258-78-2292）へお問い合わせください。

（2）紙おむつ、ストマ用装具購入費の医療費控除

おむつ又はストマ用装具が必要であると医師が証明した場合、その購入費は医療費控除の対象になります。医療費控除の金額は、その年内に支払った医療費の金額から保険金などで補てんされる金額を差し引き、さらに10万円又は総所得金額等の5%（どちらか少ない額）を差し引いた額となります。（最高200万円）

①医師から証明書をお願いします。（おむつ使用証明書、ストマ用装具使用書の用紙は、福祉窓口にあります。）



②確定申告又は町・県民税申告のとき、①の証明書と「医療費控除の明細書」を添えて申告します。

(3) 利子所得の非課税

障害者が金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）で預貯金などをしたときに、一定額（貯蓄：350万円、公債：350万円）までの元本に対する利子が非課税になります。

金融機関等で手続きを行ってください。手続きの際、金融機関への届出印、マイナンバーカード等及び身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳などが必要です。

3. 相続税（詳しくは税務署へ）

障害者が相続又は遺贈により財産を取得したとき、85歳になるまでの年数に表の額を乗じて計算した額が相続税から差し引かれます。

| | 障害者控除 |
|---|-------|
| 身体障害者手帳 1級～2級 療育手帳 A 精神障害者保健福祉手帳 1級 | 20万円 |
| 身体障害者手帳 3級～6級 療育手帳 B 精神障害者保健福祉手帳 2～3級 | 10万円 |

4. 贈与税（詳しくは税務署へ）

特定障害者（特別障害者又は特別障害者以外で一定の要件に当てはまる者）のために、信託銀行等に財産を信託する際に、「障害者非課税信託申請書」を提出することにより、6,000万円（特別障害者以外の場合は3,000万円）を限度に贈与税が非課税になります。手続きは信託銀行等で行ってください。

5. 自動車税、自動車取得税、軽自動車税

障害者が所有する自動車税の自動車取得税、自動車税、軽自動車税が減免になります。減免の対象となる自動車は、障害者一人に対し一台です。（営業用ナンバー車やリース車は対象外）

誰が運転するかにより、対象や条件が異なります。

減免申請には、4月1日現在、又は登録時に下記条件を満たしている必要があります。

（1）対象及び条件

①障害者本人が運転する場合

次ページ「等級・障害別対象者」の「本人運転」欄の「○」に該当する手帳所持者本人が取得または所有する自動車（同一生計者が所有者で、かつ手帳所持者本人が使用者として登録されている自動車も対象となりますが、その場合は障害者本人が納税義務者（納税通知書の名宛人）となっていることが条件となります。）

②障害者本人以外のものが運転する場合

ア. 障害者の家族が運転する場合

- ・対象となる自動車

次ページ「等級・障害別対象者」の「家族・介護者運転」欄の「○」に該当する手帳所持者本人が取得または所有する自動車（同一生計者が所持者で、かつ手帳所持者本人が使用車として登録されている自動車も対象となりますが、その場合は障害者本人が納税義務者（納税通知書の名宛人）となっていることが条件となります。）

※手帳所持者本人が18歳未満の身体障害者及び療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている場合は、所有者・使用車とも同一生計者、または所有権留保付き売買の車両で使用車が同一生計者でも対象になります。

- ・利用目的の条件

障害者の通学・通院・通所・生業のために6か月以上継続して週1日以上または月4日以上使用するもの。

イ. 家族以外で常時介護する者が運転する場合（単身又は身体障害者等のみで構成される世帯で生活する身体障害者等に限る）

- ・対象となる自動車

次ページ「等級・障害別対象者」の「家族・介護者運転」欄の「○」に該当する手帳所持者本人が取得または所有する自動車。

- ・利用目的の条件

障害者の通学・通院・通所・生業のために1年以上継続して週3日以上使用するもの。

■自動車税・自動車取得減免・軽自動車税 対象要件確認票

▼等級・障害別 対象者

| | | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | |
|--------------------|-----------|----------|----|------------------|----------------|----|----|----|
| 視覚障害者 | 本人運転 | ○ | ○ | ○ | 1項 ○ 2項 × | × | × | |
| | 家族・介護者運転 | ○ | ○ | ○ | 1項 ○ 2項 × | × | × | |
| 聴覚障害者 | 本人運転 | — | ○ | ○ | × | — | × | |
| | 家族・介護者運転 | — | ○ | ○ | × | — | × | |
| 平衡機能障害 | 本人運転 | — | — | ○ | — | × | — | |
| | 家族・介護者運転 | — | — | ○ | — | × | — | |
| 音声・言語・そしゃく 機能障害 | 本人運転 | — | — | ○喉頭摘出に限る | × | — | — | |
| | 家族・介護者運転 | — | — | ○喉頭摘出に限る | × | — | — | |
| 肢体不自由 | 上肢 | 本人運転 | ○ | 1,2項 ○ 3,4項 × | × | × | × | |
| | | 家族・介護者運転 | ○ | 1,2項 ○ 3,4項 × | × | × | × | |
| | 下肢 | 本人運転 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○※ |
| | | 家族・介護者運転 | ○ | ○ | 1項 ○ 2,3項 × | × | × | × |
| | 体幹 | 本人運転 | ○ | ○ | ○ | — | ○ | — |
| | | 家族・介護者運転 | ○ | ○ | ○ | — | × | — |
| | 脳原性 上肢 | 本人運転 | ○ | ○ 第1種のみ | × | × | × | × |
| | | 家族・介護者運転 | ○ | ○ 第1種のみ | × | × | × | × |
| | 脳原性 移動 | 本人運転 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | 家族・介護者運転 | ○ | ○ | ○ 第1種のみ | × | × | × |
| 内部障害 | 本人運転 | ○ | ○ | ○ | × | — | — | |
| | 家族・介護者運転 | ○ | ○ | ○ | × | — | — | |

※下肢不自由7級が2以上ある場合は下肢不自由6級となります。

| | | A | B | |
|------|----------|----|---|---|
| 療育手帳 | 本人運転 | × | × | |
| | 家族・介護者運転 | ○ | × | |
| | | 1 | 2 | 3 |
| 精神手帳 | 本人運転 | × | × | × |
| | 家族・介護者運転 | ○※ | × | × |

※自立支援医療（精神）受給者証の交付を受けているものに限る
ただし、所得制限により受給者証が交付されない場合は、医師の通院証明書を添付すること。

▼車検証に記載されている所有者・私用車欄

本人運転の場合

○自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免を受けられる ×受けられない

| 所有者 | 私用車 | 手帳所持者 (身体障害) | 手帳所持者 (知的障害) | 家族 | 第三者の 介護人 | ディーラー | 営業用 |
|------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|----|-------------|-------|-----|
| 手帳所持者(身体) | ○ | — | × | × | × | × | × |
| 手帳所持者 (知的・精神) | — | × | × | × | × | × | × |
| 家族 | ○同一生計証明 (ただし、軽自動車 税の場合は不要) | × | × | × | × | × | × |
| 第三者の介護人 | × | × | × | × | × | × | × |
| ディーラー | ○ | × | × | × | × | × | × |
| 営業用 | × | × | × | × | × | × | × |

家族（本人以外）運転の場合

○自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免を受けられる ×受けられない

| 所有者 | 私用車 | 手帳所持者 (身体障害) | 手帳所持者 (知的障害) | 家族 | ディーラー | 営業用 |
|------------------|---------|-----------------|-----------------|--------------------------|-------|-----|
| 手帳所持者(身体) | ○同一生計証明 | — | ○同一生計証明 | × | × | × |
| 手帳所持者 (知的・精神) | — | ○同一生計証明 | ○同一生計証明 | × | × | × |
| 家族 | ○同一生計証明 | ○同一生計証明 | × | ※18歳未満、知的、精神は○ 同一生計証明 | × | × |
| ディーラー | ○同一生計証明 | ○同一生計証明 | × | ※18歳未満、知的、精神は○ 同一生計証明 | × | × |
| 営業用 | × | × | × | × | × | × |

介護者運転の場合

※介護者運転の常時介護証明書発行には、次のいずれかの名義人要件を満たしていることが必要です。

ア 所有者及び使用車が身体障害者本人

イ 所有権留保付売買（ディーラー所有）の車両の使用人が身体障害者本人

(2) 手続き

①制度の詳細と手続きについて、下記にお問い合わせください。

自動車取得税減免については、**自動車登録時**に申請してください。自動車税の減免については、**自動車登録時又は4月1日から納期限までに**申請してください。軽自動車税の減免については、**4月1日から納期限までに**申請してください。

| | | |
|--------|---------------------------|---|
| 自動車取得税 | | 長岡自動車協会 |
| 自動車税 | 自動車登録時 | 長岡市平島 1-2 TEL 0258-22-1133 |
| | 自動車登録時以外 (4月1日から納期限まで) | 新潟県長岡地域振興局県税部 長岡市沖田 2-173-2 TEL 0258-38-2510 |
| 軽自動車税 | | 町役場 町民課 税務係 TEL 0258-78-2292 |

申請に必要なもの

- 身体障害者、療育手帳、精神保健福祉手帳及び自立支援医療（精神）受給者証
 - 運転免許証 ●車検証 ●マイナンバー確認書類（詳細は1ページをご覧ください）
 - 同一生計証明書（障害者の家族が運転する場合又は、障害者本人が運転する場合で所有者が同一生計者のとき必要）（※）
 - 常時介護証明書（家族以外の常時介護する者が運転する場合のみ必要）（※）
 - 通院・通学利用状況証明書（利用期間、日数等が明確に記載されているもので、障害者の家族が運転する場合又は常時介護する者が運転する場合に必要）
- （※）自動車登録時以外で申請する場合の各種証明書は4月1日以降に証明してもらってください。

②「同一生計証明書」、「常時介護証明書」が必要な方は下記にて証明します。

| | |
|---------------------------------------|---|
| 身体障害者（18歳以上） 知的障害者（18歳以上） | 役場 保健福祉課 福祉係 |
| 身体障害者（18歳未満） 知的障害者（18歳未満） 精神障害者 | 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 長岡市沖田 2-2711-1 TEL 0258-33-4931 |

「同一生計証明書」「常時介護証明書」の申請に必要なもの

- 身体障害者、療育手帳、精神保健福祉手帳及び自立支援医療（精神）受給者証
 - 運転免許証 ●車検証
 - 通院・通学等利用状況証明書（※）
 - 世帯全員の住民票（新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部で証明の場合）
 - 運行計画書（常時介護するものが運転する場合のみ必要）
 - 証明書（ // ） ●誓約書（ // ）
- ※通院等の証明書は、医療機関、学校、通所施設などから、申請する自動車を使用して通っている具体的な期間、日数を含めて証明してもらってください。

7 年金・手当など

1. 障害者のための手当など

(令和7年4月1日現在)

(1) 心身の障害を理由に支給される手当

| 手当名 | 受給者 | 対象年齢 | 対象となる障害 | 月額 |
|----------|---------------|--------------|--------------------|--|
| 特別障害者手当 | 障害者本人 | 20歳以上 | 常時介護が必要な 最重度の障害 | 29,590円 |
| 特別児童扶養手当 | 障害児を養育 する者 | 児童が 20歳未満 | 重度～中度の障害 | 1級(重度) 56,800円 2級(中度) 37,830円 |
| 障害児福祉手当 | 障害児本人 | 20歳未満 | 常時介護が必要な 重度の障害 | 16,100円 |

(2) 障害年金(障害基礎年金と障害厚生年金について)

次の3つの要件をすべて満たす方は、請求手続きを行うことにより、障害年金が支給されます。

①初診日に、年金に加入していること

障害の原因となった病気やけがで、初めて医師の診療を受けた日(初診日)に年金に加入している必要があります。初診日に加入していた年金が、国民年金であれば障害基礎年金、厚生年金であれば障害厚生年金が請求できます。

※年金に加入していない20歳前や60歳以上65歳未満の期間(日本国内に住んでいることが条件)に初診日があるときも含みます。

②一定の障害の状態にあること

障害認定日(原則、初診日から1年6カ月を経過した日)または65歳に達するまでに、一定の障害状態にあることが必要です。

【注意事項】

「障害者手帳の障害等級」と「国民年金・厚生年金保険の障害等級」とでは、判断基準が異なります(手帳の有無は、障害年金の支給決定に直接影響するものではありません)。

③一定の保険料を納付していること

初診日前に一定期間の保険料納付済期間があること、または直近1年間に保険料の未納期間がないことが必要です。

※年金に加入していない20歳未満の期間に初診日がある場合、この要件は不要です。詳しくは、町役場町民課または長岡年金事務所(Tel0258-88-0006)にお問い合わせください。

(3) 心身障害者扶養共済制度

障害者の保護者が掛金を納入し、保護者が万が一の場合に、障害者に年金が支給される共済制度です。

(4) 児童扶養手当

父または母と生計を同じくしていない児童を監護している母、監護し、かつ生計を同じくしている父等に支給される手当ですが、父または母が重度の障害者である場合、支給されることがあります。なお、公的年金給付等を受給しており、年金等の額が手当より低い場合は、その差額分の手当が支給されます。

2. 特別障害者手当

在宅で常時特別の介護が必要な著しく重度の障害（寝たきりなど）を有する人に対して支給される手当です。原則として、障害が重複している方が対象です。手当を受給するには、申請が必要です。

○対象外

施設入所・入院

○手当月額（支給月 2月、5月、8月、11月）

29,590円

※手当額は改定されることがあります。

申請の手続き

主治医などから診断書を書いてもらい、申請してください。

※診断書の用紙は、役場 保健福祉課 福祉係にあります。

*申請先：役場 保健福祉課 福祉係

*申請に必要なもの

●診断書（体幹等の一部の障害以外は、原則2種類の診断書が必要です。）

●戸籍謄本

●年金、恩給の証書

●年金、恩給の受取額がわかるもの（振込通知など）

1月～6月に申請する場合：前々年の1月～12月のもの

7月～12月に申請する場合：前年の1月～12月のもの

●本人名義の預金通帳

●マイナンバー関係書類（詳細は4ページをご覧ください）

◎出雲崎町に転入してきた方は、所得税、控除額、扶養人数等の記載のある課税（所得）証明書が必要になる場合があります。

※認定になった場合、手当は申請した翌月分から支給対象になります。

3. 特別児童扶養手当

在宅の心身に中度から重度の障害を持つ児童（20歳未満）を養育している人に支給される手当です。

手当を受給するには、認定請求手続きが必要です。

○対象外

施設入所

○手当月額（支給月 4月、8月、11月）

1級 56,800円

2級 37,830円

※手当額は改定されることがあります。

申請の手続き

主治医などから診断書を書いてもらい、請求してください。

※診断書の用紙は、新潟県のホームページまたは役場 保健福祉課 福祉係にあります。

*問い合わせ先：役場 保健福祉課 福祉係

*申請に必要なもの

●診断書（申請月の前月から申請日までに作成したもの）

例）7月15日申請の場合、6月1日から7月15日までに作成した診断書

●認定請求書 ●請求者と児童の戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）

●同居家族全員（世帯分離の分も含む）の住民票の写し（続柄、本籍の表示があるもの）※マイナンバーが確認できる場合は省略可能

●振込先口座申出書 ●請求者（養育者）名義の預金通帳

●同居家族全員（世帯分離含む）マイナンバー関係書類（詳細は4ページをご覧ください）

◎出雲崎町に転入してきた方は、所得税、控除額、扶養人数等の記載のある課税（所得）証明書が必要になる場合があります。

※認定になった場合、手当は申請した翌月分から支給対象になります。

4. 障害児福祉手当

在宅の介護が必要な重度の障害児（20歳未満）に対して支給される手当です。手当を受給するには、申請が必要です。

○対象外

施設入所

○手当月額（支給月 2月、5月、8月、11月）

16,100円

※手当額は改定されることがあります。

申請の手続き

主治医などから診断書を書いてもらい、申請してください。

※診断書の用紙は、役場 保健福祉課 福祉係にあります。

*問い合わせ先 役場 保健福祉課 福祉係

*申請に必要なもの

●診断書 ●本人名義の預金通帳 ●戸籍謄本

●認定請求書 ●所得状況届 ●相手方登録申込書

●障害者手帳の写し（所有している場合）

●マイナンバー関係書類（詳細は4ページをご覧ください）

◎出雲崎町に転入してきた方は、所得税、控除額、扶養人数等の記載のある課税（所得）証明書が必要になる場合があります。

※認定になった場合、手当は申請した翌月分から支給対象になります。

5. 児童扶養手当

ひとり親で児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間、又は20歳未満で中度以上の障害のある者）を監護している母、監護し、かつこれと生計を同じくしている父、又はこれらに代わって児童を養育している人に支給される手当です。

この手当は、配偶者が重度の障害者である場合も支給されます。また、公的年金給付等を受給しており、年金等の額が手当額より低い場合は、その差額分の手当が支給されます。

なお、手当を受給するには申請が必要です。

○手当月額（支給月 奇数月）

| | 児童 1 人 | 第 2 子の加算 | 第 3 子の加算 |
|------|-------------------|------------------|-------------|
| 全部支給 | 46,690 円 | 11,030 円 | 第 2 子加算額と同じ |
| 一部支給 | 46,680 円～11,010 円 | 11,020 円～5,520 円 | 第 2 子加算額と同じ |

※手当額は改定されることがあります。

認定請求の手続き

問い合わせ先 役場 保健福祉課 福祉係

認定請求に必要なもの

- 請求者と児童の戸籍謄本
※申請日から1か月以内に発行されたもの
 - 請求者名義の預金通帳
 - マイナンバーカード
 - ◎その他条件により必要となる書類が異なります。
- 詳しくはお問い合わせください。

6. 新潟県心身障害者扶養共済制度

障害者の保護者が加入者となり掛金を納付することで、保護者に万一死亡又は重度障害になった場合に、障害者に年金が支給される制度です。

(1) 加入要件

障害者を扶養している保護者で、次の条件をすべて満たす者

- ① 4月1日現在の年齢が65歳未満であること
- ② 加入時に特別の疾病や障害がないこと

(2) 障害者の要件

将来、独立自活することが困難であると認められる次のいずれかに該当する者

- ① 知的障害者
- ② 身体障害者手帳1級～3級に該当する者
- ③ 精神又は身体に永続的な障害のある者で前述①②と同程度の障害があると認められる者（精神病、脳性まひ、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など）

(3) 加入口数

障害者1人につき、2口まで

(4) 掛金月額（1口あたり）※掛け金は改定されることがあります。

| 加入時の年度の 4月1日時点の年齢 | 掛金月額 | 加入時の年度の 4月1日時点の年齢 | 掛金月額 |
|----------------------|---------|----------------------|---------|
| 35歳未満 | 9,300円 | 50歳以上55歳未満 | 18,800円 |
| 35歳以上40歳未満 | 11,400円 | 55歳以上60歳未満 | 20,700円 |
| 40歳以上45歳未満 | 14,300円 | 60歳以上65歳未満 | 23,300円 |
| 45歳以上50歳未満 | 17,300円 | | |

(5) 年金の支払

加入者が死亡し、又は重度障害になった場合、その月から障害者の生涯にわたって、毎月年金が支払われます。（1口につき月額2万円）

(6) 弔慰金の支払

加入期間が1年以上のとき、加入者が生存中に障害者が死亡した場合に、弔慰金が支払われます。（1口につき、加入期間が1年以上5年未満の場合は5万円、5年以上20年未満の場合は12万5千円、20年以上の場合は25万円）※金額は加入年度によって異なります。

(7) 脱退一時金の支払

加入期間が5年以上の時、加入者がこの制度を脱退した場合に、脱退一時金が支払われます。（1口につき、加入期間が5年以上10年未満の場合は7万5千円、10年以上20年未満の場合は12万5千円、20年以上の場合は25万円）※金額は加入年度によって異なります。

(8) 手続き

心身障害者扶養共済制度に加入するためには、申込の手続きが必要になります。手続きの詳細については、役場 保健福祉課 福祉係にお問い合わせください。

7. 出雲崎町障害者手当

○受給できる人

在宅で生活している下記に該当する人

- 身体障害者手帳 1 級、2 級の交付を受け下表に定める者

| 障害程度 | |
|------|--|
| 1 | 両眼の視力の和が 0.04 以下のもの |
| 2 | 両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • 両上肢の機能に著しい障害を有するもの • 両上肢のすべての指を欠くもの • 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> • 両下肢の機能に著しい障害を有するもの • 両下肢を足関節以上で欠くもの |
| 5 | 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの |
| 6 | 障害児福祉手当の認定基準のうち、内部障害又はその他の疾患に該当する障害を有するものであって「安静度表」の 1 度から 3 度のいずれかに該当する状態を有するもの |

- 療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳 1 級

※特別障害者手当、障害児福祉手当、寝たきり老人等介護手当を受給している方は、受給することができません。

○内容

- 上記に該当する障害者に手当を支給する。
- 支給額月額 5,000 円
- 支給月 4月、8月、12月
- 次のいずれかに該当する場合は受給資格が無くなります。
 - ①施設または病院に入所、入院したとき
 - ②特別障害者手当、障害児福祉手当を受給したとき
 - ③出雲崎町寝たきり老人等介護手当の対象者となったとき

○手続 申請書に手帳の写しを添えて申請してください。

○窓口 役場 保健福祉課 福祉係

8. 紙おむつ等支給事業

○利用できる人

紙おむつを使用している身体障害者手帳 1 級・2 級、療育手帳 A、精神障害者健康福祉手帳 1 級の交付を受けている人

○内容 紙おむつ、トレーニングパンツ、尿取パット、使い捨て手袋、清拭剤などを月額 6,000 円分助成します。

○窓口 役場 保健福祉課 福祉係

9. 新潟県在宅重度重複障害者介護見舞金

在宅の重度重複障害者を常時介護している保護者に対して支給されるものです。介護見舞金を受給するには、申請が必要です。

○対象となる障害者…次の全てを満たす人

- ・療育手帳 A の交付を受けている人
- ・身体障害者手帳(1級)を受けている人で、次の障害区分の2つ以上に当てはまる人

| | |
|-----------|---------|
| 視 覚 障 害 | 1 級、2 級 |
| 聴 覚 障 害 | 2 級 |
| 肢 体 不 自 由 | 1 級、2 級 |
| 内 部 障 害 | 1 級 |

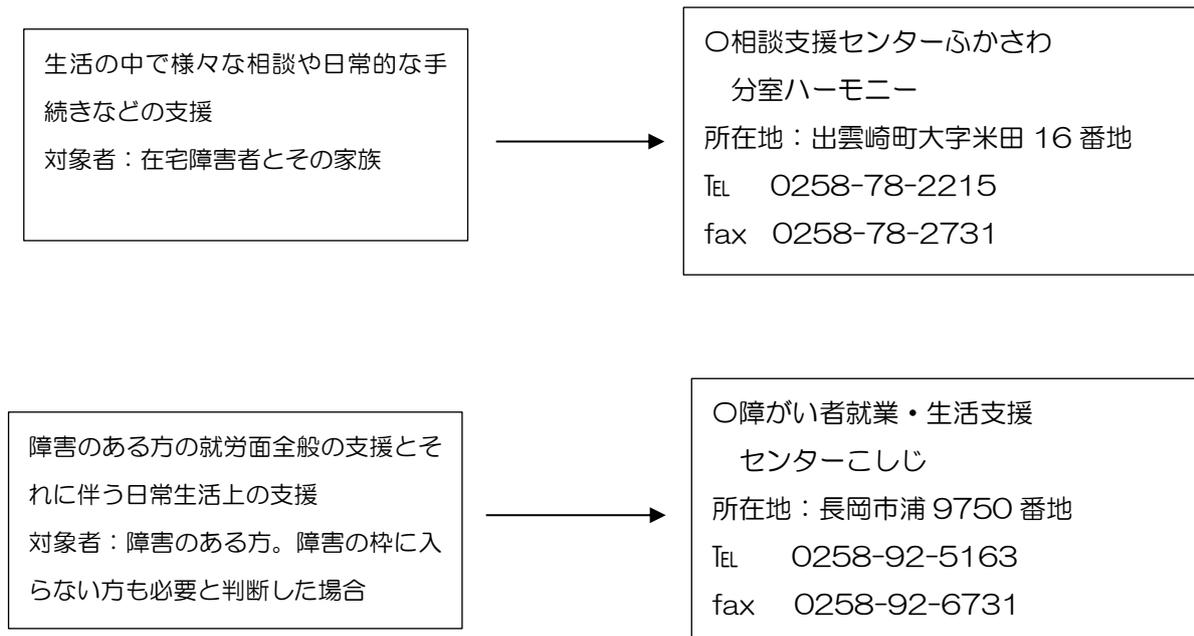
※詳細については、下記申請先にお問い合わせください

○申請の手続き

- ・申請先：新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部（地域福祉課）
〒940-0857 長岡市沖田 3-2711-1
TEL 0258-33-4397
- ・申請に必要なもの
 - ◆支給申請書
 - ◆所得状況届
 - ◆申請者の世帯全員分の住民票（「続柄」の記載のあるもの）
 - ◆介護者名義の預金通帳
 - ◆所得状況届に記載した者の所得額についての町長の証明（町長が発行する課税証明書等）
 - ◆療育手帳、身体障害者手帳の写し

8 相談窓口 その他

1. 相談窓口について



2. その他

○ふれ愛サポートセンター「いずもぎき」（障害福祉サービス事業所 多機能型）

・事業内容

① 就労継続支援B型事業

対象：年齢や体力の面で一般就労が困難な人、就労に必要な知識や能力の向上を目指す人

② 生活介護事業

対象：創作的活動や生産活動の機会を求めている人、排せつや食事の介護を必要とする人

③ 日中一時支援

対象：日中、一時的に見守り等の支援が必要な人

・所在地：出雲崎町大字米田 16 番地

・TEL 0258-78-2730 fax 0258-78-2731

○地域活動支援センター「ピュアはーと」

障害者の社会参加と自立を図るため、創作的活動又は生産活動の機会の提供や、社会との交流の促進等の場

・対象者：知的障害者・精神障害者・身体障害者

・所在地：長岡市青葉台5-2 2-4

・TEL 0258-86-7195

○自宅で暮らす障害者をサポート「地域生活支援拠点」

障害のある方が高齢になられたり、支援されているご家族が亡くなられたりした後も、安心して生活ができるよう、地域全体で支えていく仕組みです。町には「相談支援機能」と「緊急時の受け入れ機能」の2つの機能があります。

・相談支援機能

実施場所：相談支援センターふかさわ 分室ハーモニー

・緊急時の受け入れ機能

実施場所：特別養護老人ホームやすらぎの里 短期入所事業所

対象者：障害者手帳の所有者、自立支援医療受給者又は難病患者。

利用には事前の登録が必要です。障害の程度や介護者の健康状態など個々の状況を確認し、短期入所施設の体験利用などを経て登録を決定します。

利用期間：1回あたり原則3日間（2泊3日）まで

問合せ先：保健福祉課 福祉係 0258-78-2293

○ NPO 法人 ねっとわーくさぷらい

・支援内容

①外出支援 ②屋外清掃 ③屋内清掃

・対象者：町内に居住する高齢者や心身に障害のある方など支援を受けたい方

・その他：利用料金の他に別途入会金と年会費がかかります。

詳しくは事務局へお問い合わせください。

・TEL 0258-86-7737

令和7年11月 改定