

# 障がい福祉便利帳

胎内市

(R 7.4改定)

# も く じ

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1. 障害者手帳</b>                     | <b>1</b>  |
| ① 身体障害者手帳                           | 1         |
| ② 療育手帳                              | 2         |
| ③ 精神障害者保健福祉手帳                       | 3         |
| <b>2. 医療費</b>                       | <b>4</b>  |
| ① 自立支援医療の概要                         | 4         |
| ② 自立支援医療（更生医療）                      | 4         |
| ③ 自立支援医療（育成医療）                      | 5         |
| ④ 自立支援医療（精神通院）                      | 5         |
| ⑤ 重度心身障害者医療費助成（県障）                  | 6         |
| ⑥ 精神障害者医療費助成（入院）                    | 6         |
| ⑦ 難病の患者に対する医療費助成（特定医療費助成）           | 7         |
| ⑧ 小児慢性特定疾病医療費助成                     | 7         |
| <b>3. 手当と年金</b>                     | <b>8</b>  |
| ① 特別児童扶養手当                          | 8         |
| ② 障害児福祉手当                           | 8         |
| ③ 特別障害者手当                           | 9         |
| ④ 在宅介護手当                            | 10        |
| ⑤ 在宅重度重複障害者介護見舞金                    | 10        |
| ⑥ 障害基礎年金                            | 11        |
| ⑦ 特別障害給付金                           | 12        |
| ⑧ 心身障害者扶養共済制度                       | 13        |
| <b>4. くらし</b>                       | <b>14</b> |
| ① 補装具の支給・修理                         | 14        |
| ② 日常生活用具の給付                         | 14        |
| ③ 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業             | 17        |
| ④ 手話奉仕員および要約筆記奉仕員の派遣（コミュニケーション支援事業） | 18        |
| ⑤ 聴覚障害者等ファックス等付加使用料助成事業             | 18        |
| ⑥ 人工透析通院助成費の支給                      | 18        |
| ⑦ 自動車運転免許取得・改造助成事業                  | 18        |
| ⑧ 福祉タクシー利用券の発行                      | 19        |
| ⑨ 障がい者配食サービス事業                      | 19        |
| ⑩ 成年後見制度利用支援事業                      | 20        |
| ⑪ 高齢者・障害者向け安心住まいの整備補助事業             | 20        |
| ⑫ 寝具乾燥消毒サービス事業                      | 21        |
| ⑬ 要援護世帯除雪費助成事業                      | 21        |
| ⑭ 要援護世帯雪おろし助成事業                     | 21        |
| ⑮ 重度心身障害者（児）紙おむつ等支給事業               | 22        |
| ⑯ 車いすの貸与（レンタル）事業                    | 22        |

|   |                    |    |
|---|--------------------|----|
| ⑰ | 補助犬の給付事業           | 23 |
| ⑱ | 駐車禁止除外指定車標章の交付     | 23 |
| ⑲ | 新潟県おもいやり駐車場制度      | 24 |
| ⑳ | 訪問歯科健診事業           | 24 |
| ㉑ | かえつ在宅歯科医療連携室事業     | 25 |
| ㉒ | 日常生活自立支援事業         | 25 |
| ㉓ | 生活福祉資金貸付           | 25 |
| ㉔ | 郵便による不在者投票（選挙）     | 25 |
| ㉕ | 点字による「市報たいない」などの提供 | 26 |
| ㉖ | 音声による「市報たいない」などの提供 | 26 |
| ㉗ | 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成   | 26 |
| ㉘ | 難聴者補聴器購入費助成        | 27 |
| ㉙ | ヘルプマーク・ヘルプカード      | 27 |

## 5. 公共料金等の割引.....28

|   |                     |    |
|---|---------------------|----|
| ① | 障害者手帳アプリ「ミライロ I D」  | 28 |
| ② | タクシー運賃の割引           | 28 |
| ③ | バス運賃の割引             | 28 |
| ④ | 旅客鉄道運賃の割引           | 29 |
| ⑤ | 航空運賃の割引             | 29 |
| ⑥ | 旅客船運賃の割引            | 29 |
| ⑦ | 予約制のりあい自動車（のれんす号）運賃 | 30 |
| ⑧ | 有料道路通行料金の割引         | 30 |
| ⑨ | 郵便料金の割引             | 31 |
| ⑩ | NHK放送受信料の免除         | 31 |
| ⑪ | N T T東日本の優遇措置       | 31 |
| ⑫ | 携帯電話料金の割引           | 32 |
| ⑬ | 公共施設の利用割引           | 32 |

## 6. 税金の減免等.....33

|   |            |    |
|---|------------|----|
| ① | 所得税・市県民税   | 33 |
| ② | 自動車税・軽自動車税 | 33 |
| ③ | 固定資産税      | 35 |
| ④ | 事業税        | 35 |
| ⑤ | 相続税        | 36 |
| ⑥ | 贈与税        | 36 |
| ⑦ | 預貯金等の利子非課税 | 36 |

## 7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス .....37

|   |           |    |
|---|-----------|----|
| ① | サービスの概要   | 37 |
| ② | サービスの利用方法 | 38 |
| ③ | 障害福祉と介護保険 | 39 |

## 8. 障害者総合支援法による「訪問サービス」 .....40

|   |              |    |
|---|--------------|----|
| ① | 居宅介護（ホームヘルプ） | 40 |
|---|--------------|----|

|   |                            |    |
|---|----------------------------|----|
| ② | 重度訪問介護.....                | 40 |
| ③ | 行動援護.....                  | 40 |
| ④ | 同行援護.....                  | 41 |
| ⑤ | 移動支援事業（車両による移動支援サービス）..... | 41 |
| ⑥ | 移動支援事業（ガイドヘルプサービス）.....    | 42 |
| ⑦ | 訪問入浴サービス.....              | 42 |
| ⑧ | 生活支援・生活サポート.....           | 42 |

## 9. 障害者総合支援法・児童福祉法による「通所サービス」.....43

|   |                 |    |
|---|-----------------|----|
| ① | 就労移行支援.....     | 43 |
| ② | 就労継続支援（A型）..... | 43 |
| ③ | 就労継続支援（B型）..... | 43 |
| ④ | 就労定着支援.....     | 43 |
| ⑤ | 自立訓練（機能訓練）..... | 44 |
| ⑥ | 自立訓練（生活訓練）..... | 44 |
| ⑦ | 生活介護.....       | 44 |
| ⑧ | 日中一時支援.....     | 45 |
| ⑨ | 地域活動支援センター..... | 45 |
| ⑩ | 児童発達支援.....     | 45 |
| ⑪ | 保育所等訪問.....     | 46 |
| ⑫ | 放課後等デイサービス..... | 46 |

## 10. 障害者総合支援法による「入所・宿泊サービス」.....47

|   |                      |    |
|---|----------------------|----|
| ① | 施設入所支援.....          | 47 |
| ② | 短期入所（ショートステイ）.....   | 47 |
| ③ | 自立訓練（宿泊型）.....       | 47 |
| ④ | 共同生活援助（グループホーム）..... | 48 |

## 11. 相談の窓口.....49

|   |                   |    |
|---|-------------------|----|
| ① | 胎内市委託相談支援事業所..... | 49 |
| ② | 障害者110番.....      | 49 |
| ③ | 障害者虐待の相談・通報.....  | 49 |
| ④ | 障害者差別に関する相談.....  | 49 |

## 12. 市内の障害者団体.....50

|   |                   |    |
|---|-------------------|----|
| ① | 胎内市身体障害者福祉協会..... | 50 |
| ② | 胎内市ろうあ協会.....     | 50 |
| ③ | 胎内市手をつなぐ育成会.....  | 50 |

# 1. 障害者手帳

障害者手帳をお持ちの方は、法律等により、障害福祉サービスや援助を受けることができます。

## ① 身体障害者手帳

視覚、聴覚、平衡機能、音声・言語機能、そしゃく機能、肢体（上肢・下肢・体幹・乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能）、心臓機能、じん臓機能、呼吸器機能、ぼうこう・直腸機能、小腸機能、免疫機能、肝臓機能に永続する障害がある方に、身体障害者福祉法に基づき交付されるものです。障害の程度は、1級から6級に区分されます。

### ■対象者

負傷・病気・先天性の疾病などにより、身体に一定の障害のある方

### ■お持ちいただくもの

| 各種手続き                     | お持ちいただくもの |     |     |        |        |
|---------------------------|-----------|-----|-----|--------|--------|
|                           | 写 真       | 診断書 | 手 帳 | マイナンバー | 本人確認書類 |
| 新たに手帳を取得したいとき（新規申請）       | ●         | ●   |     | ●      | ●      |
| 手帳を紛失したとき（再交付申請）          | ●         |     |     | ●      | ●      |
| 手帳の破損・写真交換したいとき（再交付申請）    | ●         |     | ●   | ●      | ●      |
| 障害の程度が変更または追加したいとき（再交付申請） | ●         | ●   | ●   | ●      | ●      |
| 住所・氏名が変わったとき（変更届）         |           |     | ●   | ●      | ●      |
| 本人が亡くなったとき（返還届）           |           |     | ●   | ●      |        |

※写真について・・・縦4cm×横3cm（スナップ写真可）1枚  
脱帽・上半身で顔が明確にわかるもの  
1年以内に撮影されたもの

※診断書は、診断日から3か月以内のものに限ります。なお、診断書は指定医師が作成したものが  
必要となります。指定医師については、病院または胎内市福祉介護課で確認してください。

※市外へ転出する場合は、転出先の市区町村の福祉担当課へ居住地変更の届出をしてください。

※代理の方が申請する場合は、委任状、代理の方の本人確認書類（免許証など）が必要です。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## ② 療育手帳

知的障害のある方に対して一貫した指導、相談を行うために交付されるものです。障害の程度は、Aは最重度・重度、Bは中・軽度に区分されます。

### ■対象者

児童相談所または知的障害者更生相談所で知的障害と判定された方

### ■お持ちいただくもの

| 各種手続き                  | お持ちいただくもの |     |
|------------------------|-----------|-----|
|                        | 写 真       | 手 帳 |
| 新たに手帳を取得したいとき（新規申請）    | ●         |     |
| 手帳を紛失したとき（再交付申請）       | ●         |     |
| 手帳の破損・写真交換したいとき（再交付申請） | ●         | ●   |
| 住所・氏名・保護者が変わったとき（変更届）  |           | ●   |
| 本人が亡くなったとき             |           | ●   |

※写真について・・・縦4cm×横3cm（スナップ写真可）1枚  
脱帽・上半身で顔が明確にわかるもの  
1年以内に撮影されたもの

※新規申請の場合は、児童相談所・知的障害者更生相談所で判定を受ける必要があります。また、次回判定が決められている場合は、期限までに再判定を受ける必要があります。

判定所：新発田児童相談所・新発田知的障害者更生相談所  
新発田市豊町3丁目3番2号  
TEL 2 6 - 9 1 3 1

※市外へ転出する場合は、転出先の市区町村の福祉担当課へ居住地変更の届出をしてください。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

### ③ 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳は、統合失調症、そううつ病、非定型精神疾患、てんかん、中毒性精神疾患、器質性精神疾患、その他の精神疾患（知的障害を除く）等、精神に一定の障害のある方に対して、精神保健および精神障害者福祉に関する法律に基づき交付されるものです。

障害の程度は、1級から3級まであります。

#### ■対象者

精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活への制約のある方

#### ■お持ちいただくもの

| 各種手続き                      | お持ちいただくもの |      |     |        |        |
|----------------------------|-----------|------|-----|--------|--------|
|                            | 写 真       | 診断書等 | 手 帳 | マイナンバー | 本人確認書類 |
| 新たに手帳を取得したいとき（新規申請）        | ●         | ●    |     | ●      | ●      |
| 手帳の有効期限を延長するとき<br>（更新申請）   |           | ●    | ●   | ●      | ●      |
| 障害の程度が変わったとき<br>（等級変更申請）   |           | ●    | ●   | ●      | ●      |
| 手帳を紛失したとき（再交付申請）           | ●         |      |     |        |        |
| 手帳の破損・写真交換したいとき<br>（再交付申請） | ●         |      | ●   |        |        |
| 住所・氏名が変わったとき（変更届）          |           |      | ●   |        |        |
| 本人が亡くなったとき                 |           |      | ●   |        |        |

※診断書について・・・診断書としての添付書類は下記のいずれかが必要です。

- ・医師の診断書（初診日から6か月経過した日以後のもの）
- ・精神障害を支給事由とする障害年金の証書・振込通知書等（写し）と同意書
- ・精神障害を支給事由とする特別給付金の資格者証（写し）と同意書

※写真について・・・縦4cm×横3cm（スナップ写真可）1枚

脱帽・上半身で顔が明確にわかるもの

1年以内に撮影されたもの

※手帳の有効期限は2年間ですので、更新申請が必要です（有効期限の3か月前から申請できます）。

更新申請の時期は、個人通知でお知らせしています。また、自立支援医療（精神通院）と日付を併せた場合（同時申請）は、精神障害者保健福祉手帳の診断書と「重度かつ継続」に関する意見書があれば、自立支援医療（精神通院）の診断書は必要ありません。

※代理の方が申請する場合は、委任状、代理の方の本人確認書類（免許証など）が必要です。

※市外へ転出する場合は、転出先の市区町村の福祉担当課へ居住地変更の届出をしてください。

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## 2. 医療費

### ① 自立支援医療の概要

障害による医療費の負担を軽減するためのもので、更生医療、育成医療、精神障害者通院医療の3つの制度があります。

#### ■利用者負担と軽減措置

原則治療費の1割が自己負担ですが、世帯の所得状況や継続的に相当額の医療費負担が生じる方には、1か月あたりの負担上限額が設定されています。

＜自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院）の1か月間の自己負担上限額＞

| 所得区分   |                            | 更生医療<br>精神通院医療                    | 育成医療    | 左記の内<br>重度かつ継続のもの |
|--------|----------------------------|-----------------------------------|---------|-------------------|
| 一定所得以下 | 生活保護世帯                     | 0円                                | 0円      | 0円                |
|        | 市民税非課税世帯1<br>(本人収入が80万円以下) | 2,500円                            | 2,500円  | 2,500円            |
|        | 市民税非課税世帯2<br>(本人収入が80万円超)  | 5,000円                            | 5,000円  | 5,000円            |
| 中間所得層  | 市民税(所得割)<br>3万3千円未満        | 医療保険の自己負担限度額<br>※精神通院のほとんどは重度かつ継続 | 5,000円  | 5,000円            |
|        | 市民税(所得割)<br>23万5千円未満       |                                   | 10,000円 | 10,000円           |
| 一定所得以上 | 市民税(所得割)<br>23万5千円以上       | 公費対象外                             | 公費対象外   | 20,000円           |

※市民税の住宅借入金等特別税額控除は適用しない税額で判断します。

※自己負担額を算定するための世帯の範囲は、同じ医療保険に加入している家族です。

### ② 自立支援医療（更生医療）

身体障害者の日常生活を容易にし、職業能力を増進するため、その障害を除去または軽減に必要な医療に要する医療費の一部を公費により負担する制度です。ただし、指定医療機関での治療に限られます。

#### ■対象者

身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上の方で、現存する疾患を放置すると将来において障害を残すと認められ、手術等により確実な治療効果が期待できる方

#### ■内 容

- ① 診察、薬剤、手術、入院などの保険診療分が給付対象
- ② 入院時の食事療養費（標準負担額）、保険診療外の差額ベッド代・病衣代等は自己負担
- ③ 治療費の1割が自己負担（世帯の所得に応じて1か月あたりの負担上限額が設定され、自己負担額が軽減される場合があります。）

＜自立支援医療（更生医療）の対象となる障害と主な医療＞

| 障害区分           |    | 主な医療                             |
|----------------|----|----------------------------------|
| 視覚障害           |    | 水晶体摘出手術、網膜剥離手術、虹彩切除術、角膜移植術など     |
| 聴覚平衡機能障害       |    | 形成術、穿孔閉鎖術など                      |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 |    | 形成術、歯科矯正術など                      |
| 肢体不自由          |    | 関節形成術、人工関節置換術、義肢装着のための切断形成術など    |
| 内部障害           | 心臓 | 人工弁置換術、ペースメーカー埋込術など              |
|                | 腎臓 | 人工透析療法、腎移植術（抗免疫療法を含む）など          |
|                | 小腸 | 中心静脈栄養法など                        |
|                | 肝臓 | 肝移植術（抗免疫療法を含む）                   |
|                | 免疫 | 抗HIV療法、免疫調節療法、その他のHIV感染症に対する治療など |

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

### ③ 自立支援医療（育成医療）

身体に障害のある児童、または現存する疾患をそのまま放置すると将来障害を残すと認められる児童で、手術等の治療により、その障害の除去・軽減が見込まれる場合、その治療に要する医療費の一部を公費により負担する制度です。ただし、指定医療機関での治療に限られます。

#### ■対象者

身体に障害を有する18歳未満の児童で、現存する疾患を放置すると将来において障害を残すと認められ、手術等の治療によりその障害の改善が見込める方。

#### ■内 容

- ①診察、薬剤、手術、入院などの保険診療分が給付対象
- ②入院時の食事療養費（標準負担額）、保険診療外の差額ベッド代・病衣代等は自己負担
- ③治療費の1割が自己負担（世帯の所得に応じて1か月あたりの負担上限額が設定され、自己負担額が軽減される場合があります。）

＜自立支援医療（育成医療）の対象となる障害区分と主な医療＞

| 障害区分           |             | 主な医療                                                                        |
|----------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 視覚障害           |             | 白内障、先天性緑内障、斜視 ⇒ 手術等                                                         |
| 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<br>唇顎口蓋裂に起因した音声・言語機能障害を伴う方であって、鼻咽喉閉鎖機能不全に対する手術以外に歯科矯正が必要な方⇒ 歯科矯正 |
| 肢体不自由          |             | 先天性股関節脱臼、脊椎側弯症、くる病（骨軟化症）等に対する関節形成術、関節置換術、および義肢装着のための切断形成術など                 |
| 内部障害           | 心臓          | 先天性心疾患 ⇒ 弁口、心室心房中隔に対する手術<br>後天性心疾患 ⇒ ペースメーカー埋込術、心臓移植後の抗免疫療法                 |
|                | 腎臓          | 腎機能障害 ⇒ 人工透析療法、腎移植術（抗免疫療法を含む）                                               |
|                | 小腸          | 小腸機能障害 ⇒ 中心静脈栄養法                                                            |
|                | 肝臓          | 肝移植、肝移植後の抗免疫療法                                                              |
|                | 免疫          | 抗HⅠV療法、免疫調節療法、その他のHⅠV感染症に対する治療                                              |
|                | その他の先天性内部障害 | 先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、鎖肛、巨大結腸症、尿道下裂、停留精巣（睾丸）等 ⇒ 尿道形成、人工肛門の増設などの外科手術              |

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

### ④ 自立支援医療（精神通院）

精神障害の早期治療を図るため通院して治療を受ける場合、その治療に要する医療費の一部を公費により負担する制度です。ただし、指定医療機関での治療に限られます。

#### ■対象者

精神疾患（認知症、てんかんなども含む）の治療のため通院している方

#### ■内 容

治療費の1割が自己負担（世帯の所得に応じて1か月あたりの負担上限額が設定され、自己負担額が軽減される場合があります。）

※入院による治療や、精神疾患以外の治療は対象外です。入院の場合は、「精神障害者医療費助成（入院）」があります。また、加入している健康保険において高額療養費制度や、入院時食事療養費を減額する「標準負担額減額認定証」などもあるので、病院の医療相談員などに相談してください。

※有効期限は1年間ですので、更新申請が必要です。また、精神障害者保健福祉手帳と日付を併せた場合（同時申請）は、精神障害者保健福祉手帳の診断書と「重度かつ継続」に関する意見書があれば、自立支援医療（精神通院）の診断書は必要ありません。

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ⑤ 重度心身障害者医療費助成（県障）

重度心身障害者にかかる医療費、入院時食事（生活）療養費標準負担額および訪問看護療養費の自己負担額の一部を助成します。なお、自立支援医療（更生医療・育成医療）など、他の制度による公費助成が受けられる場合は、県障以外の制度が優先となります。

### ■対象者

- ①身体障害者手帳 1 級～3 級の交付を受けている方
- ②療育手帳 A の交付を受けている方
- ③精神障害者保健福祉手帳 1 級の交付を受けている方
- ④上記①②③と同程度以上の障害を有し、知事の承認を受け、市町村が認定した方（遷延性高度意識障害の方）

※ただし、所得制限により助成を受けられない場合があります。

### ■助成内容

保険適用された自己負担額のうち、受給者から一部を負担していただき、残りを県障医療制度で助成します。

|       |          |                                |
|-------|----------|--------------------------------|
| 一部負担金 | 外 来      | 530円／1日（同一医療機関内で月4回まで、5回目以降0円） |
|       | 入 院      | 1,200円／1日                      |
|       | 外来薬剤     | 0円                             |
|       | 訪問看護療養費  | 250円／1回                        |
|       | 食事・生活療養費 | 0円（「標準負担額減額認定証」をお持ちの方に限ります）    |

※各一部負担金は医療機関・事業者ごとに生じます。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## ⑥ 精神障害者医療費助成（入院）

精神科に入院する精神障害者の、医療費の一部を助成します。

### ■対象者

市内に住所を有する精神疾患（認知症、てんかんなども含む）の治療のため入院が必要な方（入院している方も含む）

### ■内 容

医療費の自己負担額の一部を助成します。申請した日の属する月からの医療費が適用になり、申請には診断書が必要です。

（医療費自己負担月額－15,000円）×1／3が助成されます。

※通院の場合は、「自立支援医療（精神通院）」があります。また、加入している健康保険において高額療養費制度や、入院時食事療養費を減額する「標準負担額減額認定証」などもありますので、病院の医療相談員などに相談してください。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## ⑦ 難病の患者に対する医療費助成（特定医療費助成）

「難病の患者に対する医療費等に関する法律」に基づき指定される指定難病について、治療方法の確立等に資するため、難病患者データの収集を効率的に行い治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期の療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援する制度です。

### ■内 容

保険給付の対象となった医療費の自己負担分を公費で負担します。（患者の生計を主として維持する方の所得に応じて決まる自己負担限度額までは自己負担）

### ■対象疾患

ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症などが対象となります。

※詳細な対象疾患については、下記の問い合わせ先へご確認ください。

### ■問い合わせ・申し込み

新発田地域振興局健康福祉環境部 地域保健課 TEL 2 6 - 9 1 3 2

## ⑧ 小児慢性特定疾病医療費助成

小児慢性疾患のうち特定疾患の治療についての医療費の一部又は全部を公費で負担する制度です。原則として県内に居住している１８歳未満の方（認定後は２０歳未満まで延長可能）で、特定疾患にかかっており、認定基準を満たす方が対象です。県知事等が指定した医療機関等が行う医療に限り、助成を受けることができます。

### ■内 容

保険給付の対象となった医療費の自己負担分を公費で負担します。（患者の生計を主として維持する方の所得に応じて決まる自己負担限度額までは自己負担）

### ■対象疾患

悪性新生物、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患など１６疾患群が対象となります。

#### 〈対象疾患群〉

| NO | 疾患名     | NO | 疾患名     | NO | 疾患名                |
|----|---------|----|---------|----|--------------------|
| 1  | 悪性新生物   | 7  | 糖尿病     | 13 | 染色体または遺伝子に変化を伴う症候群 |
| 2  | 慢性腎疾患   | 8  | 先天性代謝異常 | 14 | 皮膚疾患               |
| 3  | 慢性呼吸器疾患 | 9  | 血液疾患    | 15 | 骨系統疾患              |
| 4  | 慢性心疾患   | 10 | 免疫疾患    | 16 | 脈管系疾患              |
| 5  | 内分泌疾患   | 11 | 神経・筋疾患  |    |                    |
| 6  | 膠原病     | 12 | 慢性消化器疾患 |    |                    |

※詳細な対象疾患については、下記の問い合わせ先へご確認ください。

### ■問い合わせ・申し込み

新発田地域振興局健康福祉環境部 地域保健課 TEL 2 6 - 9 1 3 2

### 3. 手当と年金

#### ① 特別児童扶養手当

20歳未満の障害児を養育している父・母などに支給されます。手当を受給するには申請が必要です。手当額は、消費者物価指数の上昇下降に合わせて毎年度自動的に見直しされます。

##### ■該当児

心身に重度または中度の障害（身体、知的、精神）のある20歳未満の児童。

##### ■内 容

1級該当児 月額 56,800円

- ・めやすとしては（個別等級で）
  - ①身体障害者手帳1級・2級の一部
  - ②療育手帳A
  - ③上記と同等以上の状態にある方

2級該当児 月額 37,830円

- ・めやすとしては（個別等級で）
  - ①身体障害者手帳3級・4級の一部
  - ②療育手帳Bの一部
  - ③上記と同等以上の状態にある方

##### ■支 給

年3回（4月・8月・11月）支給

##### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

#### ② 障害児福祉手当

20歳未満の在宅の児童で、日常生活において、常時介護を必要とする重度障害の児童に支給されます。手当を受給するには申請が必要です。

##### ■対象者

| 障 害 の 状 態 |                                                                                         | 受 給 の 要 件                    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1         | ・両眼の視力がそれぞれ0.02以下のもの                                                                    | 左の第1号から第10号までのうち、いずれかに該当するもの |
| 2         | ・両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のも                                                       |                              |
| 3         | ・両上肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                     |                              |
| 4         | ・両上肢のすべての指を欠くもの                                                                         |                              |
| 5         | ・両下肢の用を全く廃したもの                                                                          |                              |
| 6         | ・両大腿の2分の1以上失ったもの                                                                        |                              |
| 7         | ・体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの                                                          |                              |
| 8         | ・上記に掲げるもののほか、身体の機能の障害または長期にわたる安静を必要とする病状が上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの |                              |
| 9         | ・精神の障害であって、上記と同程度以上と認められる程度のもの                                                          |                              |
| 10        | ・身体の機能の障害もしくは病状または精神の障害が重複する場合であって、その状態が上記と同程度以上と認められる程度のもの                             |                              |

##### ■支給額

16,100円（月額） ※消費者物価指数の上昇下降に合わせて毎年度自動的に見直しされます。

##### ■支給月

年4回（5月・8月・11月・2月）支給

##### ■その他

- ・所得制限があります。
- ・施設入所者は受給できません。
- ・障害年金等を受給している方は受給できません。（特別児童扶養手当は併給可能です。）

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

### ③ 特別障害者手当

20歳以上の在宅の方で、日常生活において、常時介護を必要とする重度障害（寝たきりなど）の者に支給されます。手当を受給するには申請が必要です。

#### ■対象者

| 障 害 の 状 態                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 受 給 の 要 件                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1<br>1-2<br>1-3<br>1-4<br>1-5<br>1-6<br>1-7                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・両眼の視力がそれぞれ0.03以下のもの</li> <li>・両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</li> <li>・両上肢の機能に著しい障害を有するものまたは両上肢のすべての指を欠くものもしくは両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>・両下肢の機能に著しい障害を有するものまたは両下肢を足関節以上で欠くもの</li> <li>・体幹の機能に座っていることができない程度または立ち上がることができない程度の障害を有するもの</li> <li>・前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害または長期にわたる安静を必要とする病状が上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</li> <li>・精神の障害であって、上記と同程度以上と認められる程度のもの</li> </ul>                                                                                                                                    | ①1-1から1-7のうち、いずれか2つの障害を有するとき<br><br>②1-1から1-7のうち、いずれか1つの障害を有し、かつ、2-1から2-11のうち、いずれか2つの障害を有するとき<br><br>③1-3から1-5のうち、いずれか1つの障害を有し、かつ、その他の障害も有するため、その障害状態が②と同程度以上のとき |
| 2-1-1<br>2-1-2<br>2-1-3<br>2-1-4<br>2-1-5<br>2-1-6<br>2-1-7<br>2-1-8<br>2-1-9<br>2-1-10<br>2-1-11 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・両眼の視力がそれぞれ0.07以下のもの</li> <li>・両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの</li> <li>・平衡機能に極めて著しい障害を有するもの</li> <li>・そしゃく機能を失ったもの</li> <li>・音声または言語機能を失ったもの</li> <li>・両上肢のおや指およびひとさし指の機能を全廃したものまたは両上肢のおや指およびひとさし指を欠くもの</li> <li>・一上肢の機能に著しい障害を有するものまたは一上肢のすべての指を欠くものもしくは一上肢のすべての指の機能を全廃したもの</li> <li>・一下肢の機能を全廃したものまたは一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの</li> <li>・体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの</li> <li>・上記に掲げるもののほか、身体の機能の障害または長期にわたる安静を必要とする病状が上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</li> <li>・精神の障害であって、上記と同程度以上と認められる程度のもの</li> </ul> | ④心臓機能障害などの内部機能障害、または長期にわたり安静を必要とする病状が有する場合であって、その障害が特に重いため、常時一定以上の安静を必要とするとき<br><br>⑤精神障害であって、その障害が特に重いため、常時一定以上の介護・監護を必要とするとき                                   |
| 2-2                                                                                               | ・上記1-3から1-5のいずれか1つの障害を有し、かつ、「日常生活動作評価表」に日常生活動作能力の各動作の該当する点を加算したものが10点以上のもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 左に掲げる程度の障害の状態を有するもの                                                                                                                                              |
| 3-1                                                                                               | ・障害児福祉手当の認定基準のうち、内部障害また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（絶対安静）に該当する状態を有するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 左のいずれかに該当するもの                                                                                                                                                    |
| 3-2                                                                                               | ・障害児福祉手当の認定基準のうち、精神障害に該当する障害を有するものであって、「日常生活能力判定表」の各動作および行動に該当する点を加算したものが14点となるもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |

#### ■支給額

29,590円（月額） ※消費者物価指数の上昇下降に合わせて毎年度自動的に見直しされます。

#### ■支給月

年4回（5月・8月・11月・2月）支給

#### ■その他

- ・所得制限があります。
- ・施設入所者は受給できません。
- ・病院に3か月を超えて入院している方は受給できません。

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

#### ④ 在宅介護手当

要介護者等を在宅で3か月以上にわたり、おおむね1人で介護に従事する方であり、介護のため自営を含め就労が困難である方に介護手当を支給します。ただし、1か月で規定の日数を超えてショートステイを利用している方は支給対象となりません。

##### ■該当者

胎内市に住所を有し、世帯員の全員が助成を受けようとする年度の市民税所得割が課せられていない方で、次のいずれかに該当し、排せつおよび食事の全般において介助を要する方を常時介護している方。

- ①身体障害者手帳1級、2級の交付を受けている方
- ②療育手帳Aの交付を受けている方
- ③精神障害者保健福祉手帳1級、2級の交付を受けている方
- ④要介護認定が3、4、5の方

##### ■内 容

5,000円（月額）

##### ■支 給

年3回（4月・8月・12月）支給

##### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 地域福祉係 TEL 43-6111

#### ⑤ 在宅重度重複障害者介護見舞金

新潟県に住所を有し、施設に入所することが困難な在宅の重度重複障害者を常時介護している保護者に見舞金を支給します。ただし、一定額以上の所得がある方や施設等に入所しているときは支給対象となりません。

##### ■該当者

次のすべてに該当する方

- ①療育手帳Aの交付を受けている方
- ②身体障害者手帳の交付を受けている方で、次の障害区分ごとの障害が重複している方
  - ・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）

##### ■内 容

20,000円（月額）

##### ■支 給

年3回（7月・11月・3月）支給

##### ■問い合わせ・申し込み

新発田地域振興局健康福祉環境部 地域福祉課 TEL 26-9129

## ⑥ 障害基礎年金

国民年金に加入している間、もしくは60歳から65歳未満の老齢基礎年金待機期間に初診日のある病気やけがで一定の障害の状態になったときに受けられます。ただし、保険料の納付要件により請求することができない場合もあります。

### ■対象者

次のすべてに該当する方

- ① 初診日（病気やけがで初めて医師の診察を受けた日）が、国民年金の被保険者期間にあるか、20歳前または日本国内に住んでいる60歳以上65歳未満の方で年金制度に加入していない期間にあること。ただし、老齢基礎年金を繰り上げ受給している方は原則対象になりません。
- ② 障害認定日（原則として初診日から1年6か月を経過した日）に、障害の程度が国民年金法施行令に定める1級または2級の状態にあること。ただし、20歳前の初診日にかかる障害については、①および②の受給要件に該当しなくても20歳以降に一定以上の障害の状態にあれば支給されます。
- ③ 初診日の属する月の前々月までの被保険者期間のうち、保険料納付済期間と免除期間を合算した期間が2/3以上あること。ただし、令和8年3月末までに初診日がある場合は前段の要件を満たさなくても、特例として初診日の属する月の前々月までの1年間に滞納がないこと。なお、いずれも初診日の前日までに納付していることが必要です。

### ■該当者

次のいずれかに該当する方

- ・ 他人の介助を受けなければ日常生活のことがほとんどできないほどの障害の状態（1級）
- ・ 必ずしも他人の助けを借りる必要はなくても、日常生活は極めて困難で、労働によって収入を得ることができないほどの障害の状態（2級）

※初診日が20歳前の傷病による障害基礎年金または昭和61年4月に障害福祉年金が裁定替された障害基礎年金を受給している方は、所得により支給制限があります。また、他の公的年金を受給できる場合にも支給制限されることがあります。

### ■内 容

（令和7年度支給額）

- ・ 1級該当者 1, 039, 625円（年額）
- ・ 2級該当者 831, 700円（年額）

※年金額は、消費者物価指数の上昇下降に合わせて毎年度自動的に見直しされます。

### ■加 算

受給者と同一生計の児童（18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある児童および20歳未満で1級または2級の障害等級にある児童）がいる場合は、児童の人数に応じて次の額が加算されます。

（令和7年度）

- ・ 1人目および2人目の児童の場合 1人につき 239, 300円（年額）
- ・ 3人目以降の児童の場合 1人につき 79, 800円（年額）

※加算額は、消費者物価指数の上昇下降に合わせて毎年度自動的に見直しされます。

### ■支 給

年6回（4月・6月・8月・10月・12月・2月）支給

※初回の支払いなど特別な場合は、奇数月に支払いを行うこともあります。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市市民生活課 ほけん年金係 TEL 43-6111 新発田年金事務所 TEL 23-2128

### ■障害厚生年金・障害共済年金

厚生年金または共済年金に加入している間に初診日のある病気やけがで一定の障害の状態になったときに受けられます。詳しくは下記までお問い合わせください。

障害厚生年金の場合 新発田年金事務所 TEL 23-2128

障害共済年金の場合 各共済組合

## ⑦ 特別障害給付金

国民年金の任意加入期間に、未加入だったことにより、障害基礎年金などを受給していない障害のある方が受けられます。対象となる方は、昭和61年3月以前の被用者の配偶者だった方や平成3年3月以前に学生だった方であって、この時点に初診日があり、現在その傷病で障害基礎年金の1・2級相当の障害のある方です。

### ■対象者

次のいずれかに該当する方

- ①平成3年3月以前に国民年金任意加入制度の対象者であった学生。当時、任意加入していなかった期間に初診日があり、現在、障害基礎年金1・2級相当の障害の状態にある方。
- ②昭和61年3月以前の国民年金任意加入制度の対象者であった被用者等の配偶者であって、当時、任意加入していなかった期間に初診日があり、現在、障害基礎年金1・2級相当の障害の状態にある方。ただし、65歳の誕生日の前々日までに障害の状態に該当し請求された方に限る。

### ■該当者

次のいずれかに該当する方

- ・日常生活において、他人の介助を必要とする程度のもの（1級）
- ・日常生活において、著しい制限を受ける程度のもの（2級）

### ■内 容

（令和7年度支給額）

- ・1級該当者 56,850円（月額）
- ・2級該当者 45,480円（月額）

※所得が一定以上あるときには、支給額が全額または半額に減額される場合があります。

※老齢年金、遺族年金、労災補償などを受給されている場合は、その受給相当額は支給されません。

なお、受給相当額が特別障害給付金の額を上回る場合は、特別障害給付金は支給されません。

※福祉手当を受給されている方は、特別障害給付金が支給されると手当の受給資格が喪失となります。

### ■支 給

年6回（4月・6月・8月・10月・12月・2月）支給

※初回の支払いなど特別な場合は、奇数月に支払いを行うこともあります。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市市民生活課 ほけん年金係 TEL 43-6111

## ⑧ 心身障害者扶養共済制度

年齢が65歳未満で県内に住所がある保護者が、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・重度障害）のことがあったとき、障害のある方に終身一定額の年金を支給する制度です。胎内市では市内に住所がある方に対して掛け金の半額（減免後の額を含む）を助成しています。

### ■加入要件

障害者を扶養している保護者で、次の要件をすべて満たす方

- ①加入年度の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

### ■該当者

- ①身体障害者手帳1級～3級の交付を受けている方
- ②知的障害者
- ③精神または身体に永続的な障害があり、障害の程度が上記と同程度と認められる方

### ■掛け金

心身障害者1人につき2口まで加入できます。20年以上継続して加入した方、かつ65歳に達した方は掛金が免除されます。

| 保護者の4月1日現在の年齢 | 月額      |
|---------------|---------|
| 35歳未満         | 9,300円  |
| 35歳以上40歳未満    | 11,400円 |
| 40歳以上45歳未満    | 14,300円 |
| 45歳以上50歳未満    | 17,300円 |
| 50歳以上55歳未満    | 18,800円 |
| 55歳以上60歳未満    | 20,700円 |
| 60歳以上65歳未満    | 23,300円 |

（一口につき）

### ■減 免

| 区 分          | 減免   | 市の助成                    |
|--------------|------|-------------------------|
| 生活保護世帯等      | 全額免除 |                         |
| 市民税非課税世帯     | 5割減免 | 減免後の掛け金の2分の1の額を市が助成します。 |
| 市民税均等割のみ課税世帯 | 3割減免 |                         |

### ■支 給

- ①年金の支給（加入者（保護者）が死亡または重度障害の状態になったとき）

- ・1口 20,000円（月額）
- ・2口 40,000円（月額）

- ②弔慰金の支給（加入者の生存中に障害者が死亡したとき）

|         |           |          |
|---------|-----------|----------|
| 加 入 期 間 | 1年以上 5年未満 | 50,000円  |
|         | 5年以上20年未満 | 125,000円 |
|         | 20年以上     | 250,000円 |

（一口につき）

- ③脱退一時金の支給（加入期間5年以上の加入者が脱退したとき）

|         |            |          |
|---------|------------|----------|
| 加 入 期 間 | 5年以上10年未満  | 75,000円  |
|         | 10年以上20年未満 | 125,000円 |
|         | 20年以上      | 250,000円 |

（一口につき）

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## 4. くらし

### ① 補装具の支給・修理

日常生活や社会生活の向上を図るため、障害を補うための用具（補装具）の支給・修理をします。購入の前に申請してください。医師の診断書等が必要な場合があります。

#### ■対象者

身体障害者手帳の交付を受けている方。介護保険に該当する場合は、介護保険が優先されます。

#### ■費用

原則として、利用するサービス費用の1割が自己負担となりますが、負担が重くならないように、1か月間の負担上限額が所得に応じて次の3段階に設定されています。

| 区 分  | 世帯の収入状況  | 1か月の負担上限額 |
|------|----------|-----------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円        |
| 低所得  | 市民税非課税世帯 | 0円        |
| 一般   | 上記以外の世帯  | 37,200円   |

※世帯に市民税所得割が46万円以上の方がいる場合、費用は全額自己負担となります。（障害者のみ）

※所得を判断する際の世帯範囲は、次のとおりです。

| 種 別                         | 世帯の範囲             |
|-----------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く） | 障害のある方とその配偶者      |
| 障害児（施設に入所する18、19歳を含む）       | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111



#### <補装具対象種目一覧表>

| 障害の種別                   | 補 装 具                                                                                          |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視覚障害                    | 視覚障害者用安全つえ、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                   | 義肢、装具、座位保持装置<br>車いす（介）、電動車いす（介）、歩行器（介）、歩行補助つえ（介）<br>・身体障害児のみが対象のもの<br>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                    | 歩行補助つえ（介）、車いす（介）                                                                               |
| 重度の肢体不自由かつ<br>音声・言語機能障害 | 重度障害者用意思伝達装置                                                                                   |

※（介）印のついた車いす・歩行器・歩行補助つえなどは介護保険が優先されます。なお、介護保険の福祉用具では、個別の障害・身体状況により既成の品物が適当でない場合には、医師意見書（既成品では適当でない理由）等により、障害福祉で対応できる場合があります。

### ② 日常生活用具の給付

在宅の重度障害者（児）が日常生活を容易にするため、日常生活用具を給付します。購入の前に申請してください。介護保険に該当する場合は介護保険が優先されます。

#### ■対象者

次の表の種目ごとの対象にあてはまる方。ただし、難病の方等で、医学的見地または日常生活上で必要性が認められる方は、障害者手帳の等級に関わらず対象となる場合があります。

#### ■費用

「①補装具の支給・修理」をご覧ください。

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

<日常生活用具対象種目一覧表>

| 種 目       |                                                | 基準額(円)                 | 対象者                                                            |
|-----------|------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 介護・訓練支援用具 | 特殊寝台（介）                                        | 154,000                | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(学齢児以上)                                       |
|           | 特殊マット（介）                                       | 19,600                 | 重度または最重度の知的障害児者<br>下肢または体幹機能障害 1 級以上(常時介護を要する者)(3 歳以上)         |
|           | 特殊尿器（介）                                        | 67,000                 | 下肢または体幹機能障害 1 級(常時介護を要する者)(学齢児以上)                              |
|           | 入浴担架                                           | 82,400                 | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(常時介護を要する者)(3 歳以上)                            |
|           | 体位変換器（介）                                       | 15,000                 | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(常時介護を要する者)(学齢児以上)                            |
|           | 移動用リフト（介）                                      | 159,000                | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(3 歳以上)                                       |
|           | 訓練いす                                           | 33,100                 | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(3 歳以上 18 歳未満)                                |
|           | 訓練用ベッド                                         | 159,200                | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(3 歳以上)                                       |
| 自立生活支援用具  | 入浴補助用具（介）                                      | 90,000                 | 下肢または体幹機能障害であって入浴に介助を必要とする者(3 歳以上)                             |
|           | 便器（介）                                          | 便 器 4,450<br>手すり 5,400 | 下肢または体幹機能障害 2 級以上(学齢児以上)                                       |
|           | 保 頭<br>護 部<br>帽                                | レディメイド                 | 平衡または下肢もしくは体幹機能障害者重度または最重度の知的障害児者および精神障害者(てんかんの発作等により頻繁に転倒する者) |
|           |                                                | オーダーメイド                |                                                                |
|           | T 字状・棒状のつえ                                     | 8,000                  | 平衡または下肢もしくは体幹機能障害児者等(3 歳以上)                                    |
|           | 移動・移乗支援用具（介）                                   | 60,000                 | 平衡または下肢もしくは体幹機能障害で、家庭内の移動等において介助を必要とする障害児者(3 歳以上)              |
|           | 特殊便器                                           | 159,000                | 上肢障害 2 級以上<br>重度または最重度の知的障害児者(学齢児以上)                           |
|           | 火災警報機                                          | 15,500                 | 障害の種別に係わらず火災発生の感知および避難が著しく困難な障害者のみの世帯およびこれに準ずる世帯               |
|           | 自動消火器                                          | 30,900                 |                                                                |
|           | 電磁調理器                                          | 41,000                 | 視覚障害者 2 級以上。重度または最重度の知的障害者(視覚または知的障害者のみの世帯またはこれに準ずる世帯)(18 歳以上) |
|           | 歩行時間延長信号機用小型送信機                                | 7,000                  | 視覚障害者 2 級以上(学齢児以上)                                             |
| 在宅療養等支援用具 | 聴覚障害者用屋内信号装置                                   | 87,400                 | 聴覚障害 2 級(聴覚障害者のみの世帯およ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)(18 歳以上)        |
|           | 透析液加温器                                         | 51,500                 | 腎臓機能障害 3 級以上で自己連続携行式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う障害児者(3 歳以上)           |
|           | ネブライザー(吸入器)<br>(電気式たん吸引器との両用器の場合は★の金額)         | 36,000<br>(★71,000)    | 呼吸器機能障害 3 級以上または同程度身体障害であって、必要と認められる障害児者(3 歳以上)                |
|           | 電気式たん吸引器<br>(ネブライザー(吸入器)との両用器の場合は★の金額)         | 56,400<br>(★71,000)    | 呼吸器機能障害 3 級以上または同程度身体障害であって、必要と認められる障害児者(3 歳以上)                |
|           | 酸素ボンベ運搬車                                       | 17,000                 | 医療保険における在宅酸素療法を行う者(18 歳以上)                                     |
|           | 視覚障害者用体温計(音声式)                                 | 9,000                  | 視覚障害 2 級以上(盲人のみの世帯およびこれに準ずる世帯)(学齢児以上)                          |
|           | 視覚障害者用体重計                                      | 18,000                 |                                                                |
|           | パルスオキシメーター(動脈血中酸素飽和度測定器)                       | 157,500                | 呼吸器機能障害 3 級以上または同程度身体障害であって、必要と認められる障害児者(3 歳以上)                |
|           | 正弦波インバータ発電機又は外部バッテリー(充電器およびインバータを含む)のいずれか 1 種目 | 207,000                | 医療保険における在宅酸素療法を行うもの又は在宅で人工呼吸器若しくは電気式たん吸引器を使用しているもの             |

|              |                      |                                                       |                                                                                                                     |
|--------------|----------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 情報・意思疎通支援用具  | 携帯用会話補助装置            | 98,800                                                | 音声機能もしくは言語機能障害者または肢体不自由者であって、発声・発語に著しい障害を有する障害児者(学齢児以上)                                                             |
|              | 情報・通信支援用具 ※          | 100,000                                               | 視覚、上肢機能障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                              |
|              | 点字ディスプレイ             | 383,500                                               | 視覚障害および聴覚障害の重度重複障害者(原則として視覚障害 2 級以上かつ聴覚障害 2 級)の身体障害者であって、必要と認められる者(18 歳以上)                                          |
|              | 点字器                  | 10,400                                                | 視覚障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                                   |
|              | 点字タイプライター            | 63,100                                                | 視覚障害 2 級以上(本人が就労もしくは就学しているかまたは就労が見込まれるもの)(学齢児以上)                                                                    |
|              | 視覚障害者用ポータブルレコーダー     | 再生専用機<br>35,000<br>録音再生機<br>85,000                    | 視覚障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                                   |
|              | 視覚障害者用活字文書読み上げ装置     | 99,800                                                | 視覚障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                                   |
|              | 視覚障害者用拡大読書器          | 198,000                                               | 本装置により文字等を読むことが可能になる視覚障害児者(学齢児以上)                                                                                   |
|              | 視覚障害者用時計             | 触読時計<br>10,300<br>音声時計<br>13,300                      | 視覚障害 2 級以上。なお、音声時計は、手指の触覚に障害がある等のため触読式時計の使用が困難な者を原則とする。(18 歳以上)                                                     |
|              | 聴覚障害者用通信装置           | 71,000                                                | 聴覚障害または発声・発語に著しい障害を有するため、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる障害児者(学齢児以上)                                                   |
|              | 聴覚障害者用情報受信装置         | 88,900                                                | 本装置によりテレビの視聴が可能になる聴覚障害児者(3 歳以上)                                                                                     |
|              | 人工喉頭                 | 笛式<br>5,000<br>電動式<br>70,100<br>埋込型用人工鼻(月額)<br>23,100 | 喉頭を摘出した音声機能障害児者(埋込型用人工鼻は常時埋込型の人工喉頭を使用しているものに限る。)                                                                    |
|              | 点字図書                 | 一般図書との差額                                              | 主に、点字により情報を入手している視覚障害児者                                                                                             |
|              | 視覚障害者用地上デジタル放送対応ラジオ  | 29,000                                                | 視覚障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                                   |
|              | 視覚障害者用音声 I C タグレコーダー | 59,800                                                | 視覚障害 2 級以上(学齢児以上)                                                                                                   |
| 支援用具<br>排泄管理 | ストマ装具                | 蓄便袋(月額)<br>8,858<br>蓄尿袋(月額)<br>11,639                 | ストマ造設者(3 歳以上)                                                                                                       |
|              | 紙おむつ                 | 月額 12,000                                             | 高度の排便・排尿機能障害のある全身性障害児者等(3 歳以上)                                                                                      |
|              | 収尿器                  | 8,500                                                 | 高度の排尿機能障害児者(3 歳以上)                                                                                                  |
| 住宅改修         | 居宅生活動作補助用具(介)        | 200,000                                               | 下肢もしくは体幹機能障害または乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害(移動機能障害に限る。)を有するものであって、障害等級 3 級以上の者(ただし、特殊便器への取替えをする場合は、上肢障害 2 級以上の者)(学齢児以上) |

※(介)印のものは、介護保険の福祉用具貸与制度等を優先して利用していただきます。65 歳以上の方および特定疾病に該当する 40 歳～64 歳の方は、介護保険制度の利用となります。

※情報・通信支援用具とは、障害者向けのパーソナルコンピューター周辺機器や、アプリケーションソフトをいいます。

### ③ 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業

在宅の小児慢性特定疾病児童等に対し、在宅療養生活の向上を図るため、日常生活用具を給付します。購入前に申請してください。なお、その他の法律による日常生活用具給付事業の対象となる場合は、そちらが優先されます。

#### ■対象者

次の表の種目ごとの対象にあてはまる小児慢性特定疾病児童等

#### ■費用

市町村民税の課税状況により費用負担が違いますので、詳しくはお問い合わせください。

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 Tel 4 3 - 6 1 1 1

#### <対象種目一覧表>

| 種 目          | 基準額（円）          | 対象者                                          |
|--------------|-----------------|----------------------------------------------|
| 便器           | 4,900           | 常時介助を要する者                                    |
| 特殊マット        | 21,560          | 寝たきりの状態にある者                                  |
| 特殊便器         | 166,320         | 上肢機能に障がいがある者                                 |
| 特殊寝台         | 169,400         | 寝たきりの状態にある者                                  |
| 歩行支援用具       | 66,000          | 下肢が不自由な者                                     |
| 入浴補助用具       | 99,000          | 入浴に介助を要する者                                   |
| 特殊尿器         | 73,700          | 自力で排尿できない者                                   |
| 体位変換機        | 16,500          | 寝たきりの状態にある者                                  |
| 車椅子（電動以外の場合） | 77,440          | 下肢が不自由な者                                     |
| 頭部保護帽        | 13,380          | 発作等により頻繁に転倒する者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象とする。） |
| 電気式たん吸引器     | 62,040          | 呼吸器機能に障がいのある者                                |
| クールベスト       | 22,000          | 体温調整が著しく難しい者                                 |
| 紫外線カットクリーム   | 41,580          | 紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者         |
| ネブライザー（吸入器）  | 39,600          | 呼吸器機能に障がいがある者                                |
| パルスオキシメーター   | 173,250         | 人工呼吸器の装着が必要な者                                |
| ストーマ装具（消化器系） | 113,520<br>（年額） | 人工肛門を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象とする。）     |
| ストーマ装具（尿路系）  | 149,160<br>（年額） | 人工膀胱を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象とする。）     |
| 人工鼻          | 128,700<br>（年額） | 人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者                          |

#### ④ 手話奉仕員および要約筆記奉仕員の派遣（コミュニケーション支援事業）

聴覚障害者および音声・言語機能障害のある方が日常生活を営むうえで必要な場合に、手話奉仕員や要約筆記奉仕員を派遣します。

##### ■内 容

- ①公的機関への用務に関すること
- ②病院、保健所等における医療または診断に関すること
- ③学校、保育所等における教育または保育に関すること
- ④市または福祉関係団体が実施する事業に関すること
- ⑤その他特に必要と認められるもの

##### ■費 用

無 料

##### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111 / FAX 44-8040

#### ⑤ 聴覚障害者等ファックス等付加使用料助成事業

聴覚障害者および音声言語機能訓練者の経済的負担を軽減するために、ファックス等の使用料を助成します。

##### ■対象者

満15歳以上で、市内に住所を有し、聴覚障害者および音声機能または、言語機能障害者で障害手帳が3級以上の方。

##### ■費 用

基本料金の半額またはファックス信号装置（フラッシュベル）の使用料の全額を助成します。その他は、自己負担です。

##### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111 / FAX 44-8040

#### ⑥ 人工透析通院助成費の支給

じん臓機能障害者および家族の経済的負担の軽減を図ることを目的として通院に要する交通費の一部を助成します。

##### ■対象者

じん臓機能障害による身体障害者手帳交付者

##### ■内 容

4,000円（月額）

##### ■支 給

年4回（5月・8月・11月・2月）支給

##### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

#### ⑦ 自動車運転免許取得・改造助成事業

障害者が自動車運転免許を取得する際に係る費用や障害者・介助者等が運転する自動車の改造費等に係る費用の助成を行います。必ず購入前に申請して下さい。

##### ■対象者

- ①自動車普通運転免許取得助成・・・身体障害者手帳4級以上
- ②自動車改造等助成  
本人運転の場合・・・上肢、下肢または体幹機能障害者で身体障害者手帳1・2級または運転免許証に改造の要件が記載されている上肢、下肢または体幹機能に障害のある方。

介護者運転の場合・・・身体障害者手帳１・２級を所持し、かつ自ら運転できない者であって、当該障害に起因した車いす等利用者がいる世帯であること。

※自動車改造等助成には所得制限があります。

## ■内 容

- ①自動車普通運転免許の取得に直接要した費用の２／３（１０万円を上限）
- ②本人運転自動車改造に要した費用（１０万円を上限）
- ③介護運転自動車改造に要した費用（６０万円を上限。ただし、世帯の所得状況により、次の区分により申請者が負担）
  - ・生活保護世帯 自己負担なし
  - ・所得税非課税世帯 基準額の１／３の額を自己負担
  - ・その他の世帯 基準額の１／２の額を自己負担

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ⑧ 福祉タクシー利用券の発行

心身障害者（児）の社会参加を助長し、交通費の一部を助成することで、経済的負担の軽減を図り、心身障害者（児）の福祉の向上を目的とします。

### ■対象者

- ①身体障害者手帳１級～２級の交付を受けている方  
ただし、人工透析療法を受けている方を除く。（人工透析療法を受けている方には、市の「人工透析通院助成費の支給」があります。）
  - ②療育手帳の交付を受けている方
  - ③精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
- ※医療機関または福祉施設等に入院・入所している方は対象となりません。  
※グループホームに入所している方で対象となる場合がありますのでご相談ください。

## ■内 容

- ・福祉タクシーの利用券を年間６０枚（１か月につき５枚）支給します。
- ・１枚あたりの助成額は３００円です。
- ※１回の乗車につき何枚でも利用できます。ただし、おつりを徴することはできません。
- ※社会福祉協議会が業務協定を締結しているタクシー会社、及び予約制のりあい自動車「のれんす号」で利用できます。（タクシー会社については、お問い合わせください。）
- ※有効期限があります。前年度の残券のある方は、社会福祉協議会へ返却してください。
- ※利用券と併用して、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すると運賃の割引を受けることができます。
- ※利用の際は、顔写真付障害者手帳の提示が必要となります。

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 4 4 - 8 6 8 2



## ⑨ 障がい者配食サービス事業

障害者世帯で、食生活の援助が必要な方へ、栄養バランスのとれた食事をお届けします。

### ■対象者

次のいずれかに該当する方であって、一人暮らしまたは障がい者のみ世帯、障がい者と高齢者のみ世帯の方で、相談支援員等が行うアセスメントにより事業実施が適当とされた方

- （１）身体障害者手帳１級～３級の交付を受けている方

- (2) 療育手帳の交付を受けている方
- (3) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
- (4) その他、市長が特に必要と認めた方

#### ■費用

1食300円です。ただし、世帯の全員が当該年度の市民税非課税の方は1食200円です。

#### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

### ⑩ 成年後見制度利用支援事業

判断能力が不十分で身寄りが無い障害者や高齢者等の権利や財産等の法的保護を目的として、成年後見制度の利用を支援し、その費用等の助成を行います。

#### ■対象者

知的障害者、精神障害者、認知症高齢者で、親族がいないか、不明な場合、もしくは親族がいても成年後見の申立てをできる方がいない方のうち、次の判定基準により、市が保護のために申立てを行うことが必要と認めた方

- (1) 本人の判断能力
- (2) 本人の生活状況・健康状況
- (3) 本人の親族の存在の有無・親族が申立てを行う意思の有無
- (4) 本人の福祉を図るために必要な事情

#### ■内容

- (1) 申立て費用（手数料、鑑定費用・診断書作成費用など）を収入に応じて、2/3または全額を助成します。（上限あり）
- (2) 成年後見人等の報酬助成金を収入に応じて、2/3または全額を助成します。（上限あり）

#### ■問い合わせ・申し込み

障がい者基幹相談支援センターたいない TEL 28-7783

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

### ⑪ 高齢者・障害者向け安心住まいの整備補助事業

重度の障害者や高齢者が自宅で安心して生活できるように、浴室やトイレなどの改造や手すりの取り付け工事などの費用の一部を助成します。

#### ■対象者

| 対象者           | 補助基準額<br>(補助の基準となる工事費)      |
|---------------|-----------------------------|
| 身体障害者手帳1～2級の方 | 50万円まで（P16の住宅改修に該当する方は30万円） |
| 療育手帳Aの方       | 50万円まで                      |
| 介護保険の要支援1以上の方 | 30万円まで                      |

※前年の収入が世帯合計600万円を超える世帯は対象外です。

※工事費用のうち、介護保険サービスの住宅改修費の助成、地域生活支援事業の日常生活用具給付等事業の住宅改修費の支給を受けた金額は除きます。

#### ■助成額

| 世帯区分     | 補助率  |
|----------|------|
| 生活保護世帯   | 100% |
| 所得税非課税世帯 | 75%  |
| その他の世帯   | 50%  |

#### ■問い合わせ・申し込み

## ⑫ 寝具乾燥消毒サービス事業

寝具乾燥が困難な方に、毎月 1 回ご自宅を訪問し、対象となる方が使用している寝具を乾燥消毒します。

### ■対象者

次のいずれかに該当する方。

- (1) おおむね 65 歳以上で常に寝たきりの方
- (2) 高齢者のみの世帯で寝具の乾燥が容易にできない方
- (3) 重度の身体障害者等で寝具の乾燥が容易にできない方
- (4) その他必要性が特に認められる方

### ■費用

月 1 回以内。自己負担は 1 割（おおむね 160 円程度）です。ただし、3 か月以上寝たきりの方、70 歳以上の一人暮らしの方、70 歳以上の高齢者のみ世帯については、無料です。

（注）1 回の乾燥枚数は敷布団 2 枚、毛布 1 枚、掛布団 2 枚、丹前 1 枚、マットレス 1 枚

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 地域福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ⑬ 要援護世帯除雪費助成事業

冬期間の降雪で日常生活に支障をきたし、自力での除雪が困難な要援護世帯等で、親族等からの支援が得られない世帯に対し、除雪費用を助成します。

### ■対象世帯

世帯主が身体障害者手帳 1 ～ 4 級の世帯

その他、社会福祉協議会会長が助成の必要があると認めた世帯

### ■内容

個人や業者、シルバー人材センター等に除雪を依頼して、支払った除雪費について、ひと冬の合計 10,000 円を上限に助成します。

※高齢者は、市の「軽度生活支援事業」と併用でき、その負担分を本事業で負担することができます。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 4 4 - 8 6 8 2

## ⑭ 要援護世帯雪おろし助成事業

屋根の雪下ろしを自力で行うことが困難な要援護世帯に対し、その助成事業を実施することにより、冬の暮らしの安全確保を図ることを目的とします。

### ■対象世帯

世帯員の全てが、助成を受けようとする年度の市民税が非課税である者、または均等割のみが課税されている者であって、次のいずれかの方のみで構成される世帯

- (1) 未就労の 65 歳以上の高齢者
- (2) 18 歳未満の児童
- (3) 身体障害者手帳 1 級または 2 級の方
- (4) 療育手帳 A の方
- (5) 精神障害者保健福祉手帳 1 級の方
- (6) 義務教育終了前の児童を扶養している配偶者のいない女子
- (7) その他、助成の必要性が特に認められる方

### ■対象地域

・坪穴、栗木野新田、夏井、鼓岡、坂井、熱田坂、宮久、川合、須巻、下荒沢、持倉、黒俣、

大長谷、小長谷、鉾江

## ■内 容

- ・市と委託契約を交わした個人が、要請に応じて雪下ろしを行います。
- ・12月から3月までの4か月間の委託料金が1世帯5万1千円に達するまで助成します。

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市生涯学習課 社会教育係 TEL 47-3403  
福祉介護課 地域福祉係 TEL 43-6111

## ⑮ 重度心身障害者（児）紙おむつ等支給事業

在宅で常時紙おむつを使用している重度心身障害者・児に、紙おむつを支給します。

## ■対象者

身体障害者手帳の1級・2級または療育手帳Aの交付を受けて常時紙おむつを必要としている方。  
※入院中、施設入所中の方は対象になりません。  
※胎内市日常生活用具給付事業により排泄管理支援用具の給付を受けられる方は除きます。

## ■内 容

年3回（4月、8月、12月）1回につき10,000円まで紙おむつを現物で支給します。

| 種 別          | この種別で年3回支給されます。<br>（1回10,000円相当） |
|--------------|----------------------------------|
| 平タイプ         |                                  |
| マジックテープタイプ   |                                  |
| パンツタイプ       |                                  |
| パンツタイプ（子ども用） |                                  |
| 尿取りパッド       |                                  |

## ■費 用

無料

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682

## ⑯ 車いすの貸与（レンタル）事業

支援が必要な高齢者や障害者へ次のとおり車いすを貸与（レンタル）します。

## ■対象者

- （1）けが、旅行などにより一時的に車いすを必要とする方
- （2）車いすの購入または借り受けをするまでの間に必要が生じた方（介護保険が優先）
- （3）胎内市社会福祉協議会会長が必要と認める方

## ■貸与（レンタル）期間

原則として1か月以内です。ただし、期間中に入院、入所などしたときは返還していただきます。

## ■費 用

無 料

## ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682



## ⑰ 補助犬の給付事業

### ■対象者および内容

重度障害者の社会参加を促進するため、補助犬が給付されます。  
(ただし、所得制限があります。)

| 給付対象者 |             |                     |
|-------|-------------|---------------------|
| 盲導犬   | 視覚障害 1級・2級  | 県内に1年以上、居住する18歳以上の者 |
| 介助犬   | 肢体不自由 1級・2級 |                     |
| 聴導犬   | 聴覚障害 2級     |                     |

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111/FAX 44-8040  
新潟県障害福祉課 TEL 025-280-5212/FAX 025-283-2062

## ⑱ 駐車禁止除外指定車標章の交付

障害により歩行が困難な方が運転する車または介護人が運転する車に対して、駐車禁止区域内にやむなく駐車する場合にご利用いただくものです。ただし、法令により駐車場所や方法が制限される場合があります。

### ■対象者

| 手 帳 等       |           | 等 級                     |
|-------------|-----------|-------------------------|
| 身体障害者手帳     | 視覚障害      | 1～4級                    |
|             | 聴覚障害      | 2～3級                    |
|             | 平衡機能障害    | 3級                      |
|             | 上肢不自由     | 1級・2級1号～2号              |
|             | 下肢不自由     | 1級～4級                   |
|             | 脳原性運動機能障害 | 上肢機能 1級～2級（一上肢のみの場合を除く） |
|             |           | 移動機能 1級～4級              |
|             | 体幹不自由     | 1級～3級                   |
|             | 内部障害      | 1級～3級                   |
| 療育手帳        |           | A                       |
| 精神障害者保健福祉手帳 |           | 1級                      |

### ■問い合わせ・申し込み

新発田警察署 胎内分庁舎 交通係 TEL 43-0110

## ①⑨ 新潟県おもいやり駐車場制度

健常者がショッピングセンター等の障害者等専用駐車スペースに堂々と停めるなどの不適正な駐車に対し、身体障害者など（障害者手帳をお持ちの方、高齢者、妊産婦の方等）歩行が困難な方に、県が利用証を交付し、利用時にはそれを車内に掲げることにより、適正にご利用いただくための制度です。

### ■対象者

| 区 分        |                |     | 交付基準                                             |                |
|------------|----------------|-----|--------------------------------------------------|----------------|
| 1<br>身体障害者 | 視覚障害           |     | 身体障害者手帳が4級以上の方                                   |                |
|            | 平衡機能障害         |     | 身体障害者手帳が5級以上の方                                   |                |
|            | 肢体不自由          | 上肢  |                                                  | 身体障害者手帳が2級以上の方 |
|            |                | 下肢  |                                                  | 身体障害者手帳が6級以上の方 |
|            |                | 体幹  |                                                  | 身体障害者手帳が5級以上の方 |
|            |                | 脳原性 | 上肢機能                                             | 身体障害者手帳が2級以上の方 |
|            |                |     | 移動機能                                             | 身体障害者手帳が6級以上の方 |
|            | その他内部機能障害      |     | 身体障害者手帳が4級以上の方                                   |                |
| 2          | 知的障害者          |     | 療育手帳所持者                                          |                |
| 3          | 精神障害者          |     | 精神保健福祉手帳の障害の等級が2級以上の方                            |                |
| 4          | 発達障害のある者       |     | 歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関が認めた方                        |                |
| 5          | 難病患者           |     | 特定疾患医療受給者                                        |                |
| 6          | 高齢者            |     | 介護保険の要介護状態区分が要支援1以上の方                            |                |
| 7          | 妊産婦            |     | 母子手帳取得者で妊娠7か月から産後1年半までの方<br>多胎妊娠は妊娠7か月から産後3年までの方 |                |
| 8          | その他けが人または病気等の者 |     | その他歩行が困難であることが診断書により確認できる方                       |                |

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ②⑩ 訪問歯科健診事業

歯科保健サービスを受けることが困難な在宅の要介護者および重度障害者などの方に対し、歯科医師と歯科衛生士が自宅を訪問して歯科健診と口腔ケア指導を行います。

### ■対象者

次の(1)(2)のいずれにも該当する方

- (1) 口腔に関する自覚症状はないが、歯科健診を希望する方
- (2) 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等で、以下のア～エのいずれかに該当する方
  - ア 要介護3、4、5の方
  - イ 障害高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）ランクB・Cの方
  - ウ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）Ⅲ・Ⅳ・Mの方
  - エ 療育手帳Aまたは身体障害者手帳1、2級の方

### ■内 容

無料で訪問歯科健診と口腔ケアを受けられます。（年1回）

訪問歯科健診当日、治療が開始となった場合は別途保険診療の料金が必要となります。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市健康づくり課 元気応援係 TEL 4 4 - 8 6 8 0 / FAX 4 4 - 8 6 4 1

新発田地域振興局健康福祉環境部医薬予防課 TEL 2 6 - 9 6 5 1

※対象者にケアマネジャーがいる場合は、事前に健康づくり課元気応援係まで相談してから申請してください。



## ②① かえつ在宅歯科医療連携室事業

歯科医院への通院が困難な高齢者や障がい者などを対象に、在宅歯科医療の申し込みや、歯やお口の困りごと相談にお応えします。

### ■対象者

介護が必要で、歯科医院への通院が困難な高齢者や障がい者など

### ■内 容

在宅歯科医療の申し込みや、歯や歯ぐきの痛み、入れ歯が壊れた、合わないなどの歯やお口の事で困っている方の相談に歯科医師や歯科衛生士がお応えします。

ご家族はもとより、介護サービス事業所・施設・医療機関の方々など、どなたでも相談できます。相談料は無料です。

### ■問い合わせ・申し込み

かえつ在宅歯科医療連携室 月曜日から金曜日 9:00～17:00

TEL/FAX 0254-28-8267

## ②② 日常生活自立支援事業

認知症や病気などにより判断能力が不十分な方に対し、社会福祉協議会の生活支援員等が訪問し、福祉サービスの情報提供、契約手続きや利用料の支払い、日常的な金銭管理、証書や通帳を預かるなど契約に基づく支援をします。

### ■対象者

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な方で、福祉サービスの利用等の手続きなどに援助が必要な方。なお、病院や施設に入院、入所の方も利用できます。

### ■費 用

1時間1,200円（1時間を超える場合は、30分ごとに400円）

この他、生活支援員の交通費は実費負担となります。

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682

## ②③ 生活福祉資金貸付

資金の貸付と必要な援助指導を行うことにより、その経済的自立および生活意欲の助長促進を図り、安定した生活を営むことを目的とした資金です。

貸付条件等詳しい内容は、下記までお問い合わせください。

### ■対象者

- (1) 低所得世帯（他からの融資を受けることが困難な収入の少ない世帯）
- (2) 障害者世帯（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方がいる世帯）
- (3) 高齢者世帯（療養または介護を必要とする65歳以上の方が同居されている世帯）
- (4) 生活保護世帯（市から事前に承認を受けている世帯）

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682

## ②④ 郵便による不在者投票（選挙）

選挙人で重度の身体障害のために投票所に行けない方は、あらかじめ胎内市選挙管理委員会に申請を行い、郵便投票証明書の交付を受け、郵便による不在者投票を行うことができます。

### ■対象者

①身体障害者手帳所持者

- ・両下肢、体幹、移動機能の障害（1・2級）

- ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の機能障害（１・３級）
- ・免疫、肝臓の機能障害（１～３級）

②戦傷病者手帳所持者

- ・両下肢、体幹の障害（特別項症～第２項症）
- ・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～第３項症）

③介護保険法の要介護度が「要介護５」の方

※郵便による不在者投票の対象者で、自ら投票の記載をすることができない方は、あらかじめ胎内市選挙管理委員会に届け出た方に投票に関する記載をさせることができます。対象となる方は、次のいずれかに該当する方です。

- ①身体障害者手帳所持者で、上肢または視覚の障害が１級の方
- ②戦傷病者手帳所持者で、上肢または視覚の障害が特別項症から第２項症の方

■問い合わせ・申し込み

胎内市選挙管理委員会 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ②⑤ 点字による「市報たいない」などの提供

視覚障害のある方を対象に「市報たいない」などの内容を点訳して提供しています。  
※中条点訳グループ「ほたる」の方々がボランティアで作成してくださっています。

■費用

無料です

■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会内 胎内市ボランティアセンター  
TEL 4 4 - 8 6 8 2 / FAX 4 4 - 8 6 5 1

## ②⑥ 音声による「市報たいない」などの提供

視覚障害者や文字を読むことが困難な高齢者を対象に「市報たいない」、「市議会だより」などの内容を音声により収録して提供しています。

※胎内市音声訳「ひわの会」の方々がボランティアで作成してくださっています。

■費用

無料です

■問い合わせ・申し込み

胎内市社会福祉協議会内 胎内市ボランティアセンター  
TEL 4 4 - 8 6 8 2 / FAX 4 4 - 8 6 5 1

## ②⑦ 軽・中等度難聴児補聴器購入費助成

身体障害者手帳の交付対象とはならない軽・中等度難聴児の補聴器を購入する費用の一部を助成します。

■対象者

両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 70 デシベル未満で、身体障害者手帳の交付対象とならない 18 歳未満の難聴児。ただし、医師が必要と認めた場合は 30 デシベル未満についても対象とします。  
※世帯に市民税所得割額が 4 6 万円以上の方がいる場合は対象外となります。

■内容

補聴器購入費と基準価格を比較して少ない方の額の 3 分の 2 を助成します。

■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ②⑧ 難聴者補聴器購入費助成

身体障害者手帳の交付対象とならない難聴者の補聴器を購入する費用の一部を助成します。

### ■対象者

次のすべてに該当する方

- ・市内に住所を有する18歳以上の方
- ・両耳の聴力レベルが30デシベル以上の方
- ・医師が補聴器の装用を必要と認めた方

※世帯に市民税所得割額が46万円以上の方がいる場合は対象外となります。

### ■内 容【助成額】

| 世帯区分     | 助成額     | 上限額     |
|----------|---------|---------|
| 生活保護世帯   | 購入費の額   | 70,000円 |
| 住民税非課税世帯 | 購入費の額   | 50,000円 |
| 住民税課税世帯  | 購入費の1/2 | 25,000円 |

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## ②⑨ ヘルプマーク・ヘルプカード

### ヘルプマーク

#### ■目 的

義足や人工関節を使用している方、内部障害や難病の方、妊娠初期の方、発達障害の方など、援助や配慮を必要としていることが外見からは分からない方が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで、援助が得やすくなることを目的としています。

#### ■使用方法

ストラップを利用して、かばん等につけて使用します。常時着用する、または必要な時に着用する等、用途に応じて使用します。裏面に任意で付属のシールを貼ることができます。シールには、「ヘルプマーク」の利用者が周囲の方に伝えたい情報や必要とする支援内容を記入することができます。

### ヘルプカード

#### ■目 的

障害のある方などが困ったときに、周囲に助けを求めるためのもので「手助けが必要な人」と「手助けできる人」を結ぶカードです。支援が必要なのに「コミュニケーションに障害があって、そのことを伝えられない人」「困っていることそのものを自覚していない人」もいます。特に災害時には困りごとが増えることが想定されます。

一方、周囲の人から「どう支援したらよいかわからない」「障害のことがわからない」という声があります。何かきっかけさえあれば両者がつながることができます。ヘルプカードは、そのきっかけをつくるものです。

#### ■使用方法

障害がある方などが持ち歩き、災害時や緊急時など周囲の人に手助けを求めたい時などに提示します。ヘルプカードには、あらかじめ緊急連絡先やお願いしたいことについて記入することができます。

### ■問い合わせ・配布場所

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111

## 5. 公共料金等の割引

### ① 障害者手帳アプリ「ミライロID」

スマートフォン用アプリで、お持ちの障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）をアプリ内に登録することで、手帳情報がスマートフォン画面に表示できるようになり、その画面を公共交通機関や公共施設等で提示することで、障害者割引を受けることができます。

※登録方法や詳細は、「ミライロID」のホームページをご覧ください。

※ミライロIDが利用できる公共交通機関や公共施設等は株式会社ミライロへ導入申請している施設等に限られますので、各施設等へ問い合わせください。

### ② タクシー運賃の割引

新潟県内のハイヤー・タクシーを利用する場合に、運賃が割引されます。

| 対象者                                                                 | 割引の対象区間                      | 割引率                          |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 身体障害者の手帳の交付を受けている方<br>2 療育手帳の交付を受けている方<br>3 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 | 身体障害者、知的障害者または精神障害者自身が乗車した区間 | 10%（タクシー会社により割引率が異なる場合があります） |

#### ■ 利用方法

運賃料金を精算する際、ハイヤー・タクシーの乗務員に身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳（顔写真付）を提示します。

※精神障害者に対する割引については、一部の事業者が実施しています。

#### ■ 問い合わせ

各タクシー会社



### ③ バス運賃の割引

新潟県内のバス運賃が割引されます。（バス事業者によって割引率等が異なる場合があります。）

| 対象者                          | 割引率               |                       |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|
|                              | 普通乗車券             | 定期券                   |
| 身体障害者手帳第1種、第2種の1～3級、または療育手帳A | 本人 50%<br>介護人 50% | 本人 30%（注1）<br>介護人 30% |
| 精神保健福祉手帳1～3級                 | 本人 50%            | 本人 30%（注1）            |
| 身体障害者手帳第2種の4～6級、または療育手帳B     | 本人 50%（注2）        | 本人 30%（注3）            |

注1 本人が12歳未満の場合は、定期乗車券は割引されません。

注2 本人が12歳未満の場合は、介護人も割引されます。

注3 本人が12歳未満の場合は、定期乗車券は割引されませんが、介護人は割引されます。

#### ■ 利用方法

運賃支払時に障害者手帳の写真が貼付された箇所を開いて提示してください。

#### ■ 問い合わせ

各バス事業者



#### ④ 旅客鉄道運賃の割引

各旅客鉄道会社の鉄道を利用する場合に、乗車券発売窓口にて身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を提示して乗車券などを購入すると、運賃が割引されます。

| 対象者                              | 乗車券種類   | 利用形態                        | 割引となる方      | 割引率 |
|----------------------------------|---------|-----------------------------|-------------|-----|
| 第1種身体障害者、療育手帳A所持者<br>または第1種精神障害者 | 普通乗車券   | 単独で片道 100 kmを超えて利用          | 本 人         | 50% |
|                                  |         | 介護人と共に利用する場合<br>(キロ数の制限はない) | 本人、介護人      |     |
|                                  | 定期乗車券   | 介護人と共に利用する場合                | 本人、介護人 (注1) |     |
|                                  | 普通回数乗車券 | 介護人と共に利用する場合                | 本人、介護人      |     |
|                                  | 普通急行券   | 介護人と共に利用する場合                |             |     |
| 第2種身体障害者、療育手帳B所持者<br>または第2種精神障害者 | 普通乗車券   | 単独で片道 100 kmを超えて利用          | 本 人         | 50% |
|                                  | 定期乗車券   | 12 歳未満の小児が介護人と共に利用する場合      | 本人、介護人 (注1) |     |

（注1）小学校の小児定期乗車券は割引されません。介護人は通勤定期乗車券に限りません。

※ 割引となる介護人は障害者1人につき1人に限ります。障害者の乗車券類と同時に購入してください。

#### ■問い合わせ

各旅客鉄道会社



#### ⑤ 航空運賃の割引

国内各航空会社の定期航空路線の国内線を利用する場合には、航空券販売窓口にて身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を提示すると運賃が割引されます（12歳未満の方は除く）。

※対象者、割引率は航空会社により異なり、変更される場合もありますので、利用される航空会社にお問い合わせください。

#### ■問い合わせ

各航空会社



#### ⑥ 旅客船運賃の割引

国内の各旅客航路を利用する場合には、運賃が割引されます。（燃料油価格変動調整金を除く）

※対象者、割引率は船舶運航会社により異なり、変更される場合もありますので、利用される船舶運航会社にお問い合わせください。

| 対象者                                    | 利用形態         | 割引となる方  | 割引率                                                     |
|----------------------------------------|--------------|---------|---------------------------------------------------------|
| 第1種身体障害者療育手帳A所持者<br>精神障害者保健福祉手帳1級所持者   | 単独で利用する場合    | 本人※     | ※燃料油価格変動調整金によって異なる場合がありますので、詳しくは利用される船舶運航会社へお問い合わせください。 |
|                                        | 介護人と共に利用する場合 | 本人、介護人※ |                                                         |
| 第2種身体障害者療育手帳B所持者<br>精神障害者保健福祉手帳2、3級所持者 | —            | 本人※     |                                                         |

※ 佐渡汽船では車両及び車両の運転者の割引はありません。

#### ■問い合わせ

各船舶運航会社



## ⑦ 予約制のりあい自動車（のれんす号）運賃

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方に、定期券があります。

### ■利用料金

|            | 料 金                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------|
| おとな（高校生以上） | 300 円                                                           |
| こども（小中学生）  | 150 円                                                           |
| 未就学児       | 無料                                                              |
| 回数券        | おとな（高校生以上）3,000 円（11 枚つづり）<br>こども（小中学生） 1,500 円（11 枚つづり）        |
| 定期券        | 高齢者（65 歳以上）・障がい者・ 10,000 円（1 か月）<br>自立支援医療受給者・高校生 5,000 円（1 か月） |

※購入場所、購入方法等については、お問い合わせください。

### ■問い合わせ

胎内市総合政策課 企画政策係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ⑧ 有料道路通行料金の割引

事前に登録手続きを行うことにより、通行料金が割引されます。

|                  | 障害者本人が運転する場合                                                                                                                                                         | 障害者以外の方が運転し、障害者本人が同乗する場合                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 割引対象者<br>(手帳所持者) | 身体障害者手帳所持者                                                                                                                                                           | 重度の身体障害者（第1種）<br>重度の知的障害者（療育手帳A）                                        |
| 割引の対象となる自動車      | 本人または本人の親族等の所有する乗用自動車、貨物自動車等                                                                                                                                         | 本人または本人の親族等もしくは本人を継続して日常的に介護している方が所有する乗用自動車、貨物自動車等 ※本人の移動のために介護者が運転する場合 |
| 割引率              | 50%                                                                                                                                                                  |                                                                         |
| 利用方法             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・料金所で係員に料金を支払う場合は、料金所で手帳を提示し、料金を支払ってください。</li> <li>・ETCを利用する場合は、事前に障害者割引の登録をしたETCカードを使用して、ETCレーンを通過するだけで割引が受けられます。</li> </ul> |                                                                         |

※ 割引登録をすると、手帳に車両番号、割引有効期限等を記載します。割引有効期限が過ぎる前に更新手続きが必要です。（更新手続は2か月前から可能です。）

※ 割引登録できる自動車は障害者1人につき1台です。

※ ただし、自動車を登録しない場合でも、割引有効期限が記載された手帳を提示することで、本割引が受けられます。

### ■割引登録に必要なもの

|             |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ETCを利用しない場合 | ①身体障害者手帳または療育手帳<br>②自動車検査証または軽自動車届出済証<br>③運転免許証（障害者本人が運転する場合のみ）                |
| ETCを利用する場合  | 上記①～③<br>④ETCカード（障害者本人名義のもの）<br>⑤ETC車載器の管理番号が確認できるもの<br>（ETC車載器セットアップ申込書・証明書等） |

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 4 3 - 6 1 1 1

## ⑨ 郵便料金の割引

| 対象郵便物          |                                                                                          |                                    | 料金                                                                                                                                                             |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常郵便物          | 第四種郵便物（点字郵便物、特定録音物等郵便物）                                                                  |                                    | 無料（重量3kgまで）                                                                                                                                                    |
|                | 開封とした盲人用の録音物または点字用紙を内容とする郵便物（日本郵便㈱が指定した施設から差し出し、またはこれらの施設にあてて差し出されたものに限りです）              |                                    |                                                                                                                                                                |
|                | 第三種郵便物                                                                                   |                                    | ・ 50 g まで 8 円<br>・ 50 g を超え、1 kg まで 50 g までごとに 3 円増                                                                                                            |
|                | 心身障害者団体が発行する開封とした定期刊行物で発行人から差し出されるもの。<br>（第3種郵便物として承認を受けたもの）                             | 毎月3回以上発行する新聞紙<br><br>上記に掲げるもの以外のもの | ・ 50 g まで 15 円<br>・ 50 g を超え、1 kg まで 50 g までごとに 5 円増                                                                                                           |
| 対象貨物           |                                                                                          |                                    | 料金                                                                                                                                                             |
| ゆうパック<br>ゆうメール | 一定の図書館と重度障害者（身体・知的）との間で発受する冊子とした印刷物（心身障害者用ゆうメール）に限りです。                                   |                                    | 150g まで    92 円<br>250g まで   110 円<br>500g まで   150 円<br>1kg まで    180 円<br>2kg まで    230 円<br>2kg 超       310 円                                               |
|                | 聴覚障害者用ビデオテープ、その他録画物の貸出し返却を内容とするゆうパック。<br>（日本郵便㈱の指定を受けた施設と聴覚障害者との間に発受するものに限りです。）（30 kgまで） |                                    | 大きさ（長さ・幅・厚さの合計値）によって区分されます。<br>60cmまで   100 円<br>80cmまで   210 円<br>100cmまで   320 円<br>120cmまで   420 円<br>140cmまで   520 円<br>160cmまで   630 円<br>170cmまで   730 円 |
|                | 点字ゆうパック                                                                                  |                                    |                                                                                                                                                                |
|                |                                                                                          |                                    |                                                                                                                                                                |

### ■問い合わせ

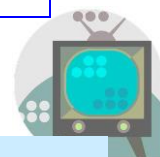
中条郵便局 TEL 43-4666

## ⑩ NHK放送受信料の免除

| 区分   | 対象者の適用要件                                                                                                                                                       |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 全額免除 | 世帯構成員全員が市民税非課税で、かつ下記のいずれかの障害者手帳所持者が世帯にいる場合<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳</li> <li>・療育手帳</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳</li> </ul>                  |
| 半額免除 | 受信契約者である世帯主が下記のいずれかの障害者手帳の所持者の場合<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳（視覚障害、聴覚障害、左記以外の障害は1～2級）</li> <li>・療育手帳A</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳1級</li> </ul> |

### ■問い合わせ・申し込み

胎内市福祉介護課 障がい福祉係 TEL 43-6111



## ⑪ NTT東日本の優遇措置

電話番号案内「104」を利用する場合、無料で案内サービスが受けられます。事前の申込みが必要です。

### ■対象者

障害者手帳所持者（各障害者手帳の条件等により該当しない場合があります）

### ■問い合わせ

NTT東日本 TEL 116（無料） / TEL 0120-104174（NTTふれあい案内）  
Fax 0120-201465

## ⑫ 携帯電話料金の割引

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方で、携帯電話をご利用の方は、基本使用料等の割引を受けることができます。詳しくは下記各社窓口にお問い合わせください。

### ■問い合わせ

| 会社名        | 携帯電話から       | 一般電話から            |
|------------|--------------|-------------------|
| 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）    |
| ソフトバンクモバイル | 局番なし 157（無料） | 0800-919-0157（無料） |



## ⑬ 公共施設の利用割引

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳（顔写真付）を提示すると、入館料の割引を受けられます。介護者も対象になる場合もあります。詳細については、下記へお問い合わせください。

### ■市内対象施設

| 施設名         | 電話番号    | 施設名       | 電話番号    |
|-------------|---------|-----------|---------|
| 胎内昆虫の家      | 48-3300 | 黒川郷土文化伝習館 | 47-3000 |
| クレーストーン博士の館 | 48-2011 | シンクルトン記念館 | 47-3260 |
| 胎内自然天文館     | 48-0150 | 胎内市美術館    | 47-2288 |
| 奥山荘歴史館      | 44-7737 |           |         |

### ■問い合わせ

胎内市生涯学習課 TEL 43-6111

## 6. 税金の減免等

### ① 所得税・市県民税

#### ■障害者控除

障害者が所得税、市県民税の納税者本人または納税者の控除対象配偶者もしくは扶養親族である場合、課税対象となる所得額から次の額の控除が受けられます。

#### ①納税義務者本人が障害者のとき

| 区分      | 控除対象者                                         | 所得控除額 |      |
|---------|-----------------------------------------------|-------|------|
|         |                                               | 所得税   | 市県民税 |
| 障害者控除   | 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級の交付を受けている方 | 27万円  | 26万円 |
| 特別障害者控除 | 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級の交付を受けている方   | 40万円  | 30万円 |

※障害者の前年の合計所得金額（地方税法上の合計所得金額）が135万円以下の場合、市県民税は課税されません。

#### ②納税義務者の控除対象配偶者または扶養親族が障害者のとき

| 区分      | 控除対象者                                         | 所得控除額      |            |
|---------|-----------------------------------------------|------------|------------|
|         |                                               | 所得税        | 市県民税       |
| 障害者控除   | 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級の交付を受けている方 | 27万円       | 26万円       |
| 特別障害者控除 | 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級の交付を受けている方   | 40万円（75万円） | 30万円（53万円） |

※同居の場合は、（ ）内の控除額になります。

#### ■心身障害者扶養共済制度に係る掛金の控除

都道府県が心身障害者に関して実施する共済制度の掛金額は、小規模企業共済等掛金控除として課税対象となる所得額から控除されます。

#### ■おむつに係る費用、ストマ用装具購入費の医療費控除

障害のために、おむつまたはストマ用装具が必要であると医師が証明した場合、その購入費及び賃借料（ストマ用装具については購入費のみ）が医療費控除の対象になります。

おむつに係る費用については領収書のほか、医師が発行した「おむつ使用証明書」または介護保険法の規定に基づく「主治医意見書の内容を市町村が確認した書類」もしくは「その主治医意見書の写し」を、ストマ用装具については領収書と医師が証明した「ストマ用装具証明書」を、確定申告書に添付するか、確定申告書を提出する際に提示する必要があります。

#### ■問い合わせ

胎内市税務課 市民税係 TEL 43-6111

### ② 自動車税・軽自動車税

障害者のために利用される自動車については、次の場合自動車税・軽自動車税が免除になります。だれが運転するかにより、対象や条件が異なります。4月1日現在または登録時に以下の条件を満たしていることが必要です。（1人1台に限ります。）

## ■減免を受けられる自動車

| 区分        | 減免対象車                                                                                                                                                                                        | 利用目的                                               |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 本人<br>運転  | 身体障害者本人が運転する自動車<br><br>障害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、かつ障害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、障害者本人が納税義務者であることが条件となります。）                                                                            | 制限なし                                               |
| 家族<br>運転  | 障害のある方のために生計を一にする方が運転する自動車<br><br>障害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、かつ障害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、障害者本人が納税義務者であることが条件となります。）<br>ただし、身体障害者が18歳未満の場合や、知的障害者、精神障害者の場合は、所有者・使用者とも同一生計者でも対象となります。 | 障害のある方の通学・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 |
| 介護者<br>運転 | 障害のある方のみで構成される世帯の方で、常時介護する方が運転する自動車<br><br>障害者本人が取得または所有する自動車                                                                                                                                | 障害のある方の通学・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          |

※利用目的が「生業」の場合は、通常障害者が同乗するものに限りです。

※名義変更は、納税の年の3月末日までに完了している必要があります。

## ■減免の対象となる障害の範囲

| 障害区分        |                              |      | 本人運転        | 家族運転<br>介護者運転 |
|-------------|------------------------------|------|-------------|---------------|
| 身体障害者手帳     | 視覚障害                         |      | 1 級～4 級     | 1 級～4 級       |
|             | 聴覚障害                         |      | 2 級～3 級     | 2 級～3 級       |
|             | 平衡機能障害                       |      | 3 級         | 3 級           |
|             | 音声、言語またはそしゃく機能障害             |      | 3 級 ※ 1     | 3 級 ※ 1       |
|             | 上肢不自由                        |      | 1 級～2 級     | 1 級～2 級       |
|             | 下肢不自由                        |      | 1 級～6 級 ※ 2 | 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の脳<br>病変による運動機能障害 | 上肢機能 | 1 級～2 級     | 1 級～2 級       |
|             |                              | 移動機能 | 1 級～6 級     | 1 級～3 級       |
|             | 心臓機能障害                       |      | 1 級、3 級     | 1 級、3 級       |
|             | じん臓機能障害                      |      | 1 級、3 級     | 1 級、3 級       |
|             | 呼吸器機能障害                      |      | 1 級、3 級     | 1 級、3 級       |
|             | ぼうこうまたは直腸の機能障害               |      | 1 級、3 級     | 1 級、3 級       |
|             | 小腸機能障害                       |      | 1 級、3 級     | 1 級、3 級       |
|             | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害          |      | 1 級～3 級     | 1 級～3 級       |
|             | 肝臓機能障害                       |      | 1 級～3 級     | 1 級～3 級       |
| 療育手帳        |                              |      |             | A             |
| 精神障害者保健福祉手帳 |                              |      |             | 1 級 ※ 3       |

※1 喉頭摘出に係るものに限る

※2 下肢不自由7級が2以上ある場合は、下肢不自由6級となる

※3 自立支援医療（精神通院）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。

## ■申請期間

自動車税環境性能割については、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、自動車登録時または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、納期限までに申請してください。

### ①申請に必要な書類

|                         | 本人運転 | 家族運転 | 介護者運転 |
|-------------------------|------|------|-------|
| 減免申請書                   | ●    | ●    | ●     |
| 同一生計証明書 ※1 ※2           | ▲    | ●    |       |
| 常時介護証明書 ※2              |      |      | ●     |
| 通学等の利用証明書               |      | ●    | ●     |
| 障害手帳                    | ●    | ●    | ●     |
| 運転免許証                   | ●    | ●    | ●     |
| 自動車検査証                  | ●    | ●    | ●     |
| 自立支援医療受給者証<br>(精神障害者のみ) |      | ●    | ●     |
| 納税通知書                   | ●    | ●    | ●     |

※1 ▲：所有者が同一生計者である場合のみ

※2 家族運転・介護者運転の場合は、必要となります。

### ②同一生計証明書・常時介護証明書について

| 必要書類                                                                                                                                                                                     | 申請窓口                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者手帳</li> <li>・印鑑</li> <li>・自動車検査証</li> <li>・運転する方の運転免許証</li> <li>・通学、通院、通所、生業に係る証明書</li> <li>・運行計画書（介護者運転のみ）</li> <li>・誓約書（介護者運転のみ）</li> </ul> | <p>身体障害者・知的障害者の場合<br/>胎内市福祉介護課<br/>障がい福祉係 TEL43-6111</p> <p>精神障害者の場合<br/>新発田地域振興局 健康福祉環境部<br/>地域福祉課 TEL26-9127</p> |

## ■問い合わせ

軽自動車税について 胎内市税務課 資産税係 TEL43-6111

自動車税について 新発田地域振興局 県税部収税課 TEL26-9123

自動車税環境性能割について  
新潟県総務管理部税務課 TEL025-280-5051

## ③ 固定資産税

障害者がいる世帯、65歳以上の方がいる世帯、要介護認定または要支援認定を受けている方がいる世帯が既存住宅にバリアフリー改修工事を行った場合、一定の要件を満たすと翌年度の固定資産税の軽減措置を受けられます。

## ■問い合わせ

胎内市税務課 資産税係 TEL43-6111

## ④ 事業税

重度の視力障害者（両眼の視力喪失または、両眼の矯正視力が0.06以下）があん摩、マッサージ、指圧、はり、きゅう、柔道整復などの医業に類する事業を営む場合、個人事業税は課せられません。

## ■問い合わせ

新発田地域振興局 県税部 TEL26-9123

## ⑤ 相続税

### ■障害者控除

障害者が85歳未満（注）で、相続により財産を取得したときは、相続税の額から一定の金額を差し引きます。また、障害者本人の相続税額から控除しきれない障害者控除は、その障害者の扶養義務者の扶養義務者の相続税から控除することができます。

（注）平成22年3月31日以前に相続または遺贈で財産を所得したときは、年齢要件が（70歳未満）とされています。

| 区分    | 障害の内容                                         | 控除額                   |
|-------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| 特別障害者 | ・ 身体障害者手帳1、2級<br>・ 療育手帳A<br>・ 精神障害者保健福祉手帳1級   | （85歳…相続開始の日の満年齢）×20万円 |
| 障害者   | ・ 身体障害者手帳3～6級<br>・ 療育手帳B<br>・ 精神障害者保健福祉手帳2、3級 | （85歳…相続開始の日の満年齢）×10万円 |

障害者控除が受けられるのは次のすべてに当てはまる方です。

- ①相続や遺贈で財産を取得したときに日本国内に住所がある方
- ②相続や遺贈で財産を取得したときに障害者である方
- ③相続や遺贈で財産を取得した方が法定相続人（相続の放棄があった場合には、その放棄がなかったものとした場合における相続人）であること。

### ■相続税の非課税財産

地方公共団体の条例によって、心身障害者またはその方を扶養する方が取得する心身障害者共済制度に基づいて支給される給付金を受ける権利

### ■問い合わせ

新発田税務署 TEL 22-3161

## ⑥ 贈与税

### ■特別障害者扶養信託契約

国内に居住する特別障害者が特別障害者扶養信託契約に基づいて信託受益権の贈与を受けた場合には、その信託の際に「障害者非課税信託申告書」を信託会社の営業所を経由して特別障害者の納税地の所轄税務署長に提出することにより、信託受益権の価額（信託財産の価額）のうち、6,000万円までの金額については贈与税が課税されません。

### ■問い合わせ

新発田税務署 TEL 22-3161、各信託会社など

## ⑦ 預貯金等の利子非課税

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。

### ■対象者

- ・ 障害者手帳の交付を受けている者
- ・ 障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当の受給者
- ・ 障害基礎年金等障害を給付事由とする年金受給者

### ■非課税の適用方法

障害者手帳所持者はゆうちょ銀行・銀行等に手帳を提示して手続きを行ってください。また手当、年金受給者については手当認定通知書または年金証書および住民票の写しまたは健康保険被保者証を郵便局・銀行等に提示して手続きを行ってください。

### ■問い合わせ

各金融機関など

## 7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス

### ① サービスの概要

障害者総合支援法には、日常生活に必要な支援を受けられる「介護給付」、自立した生活に必要な知識や技術を身に付ける「訓練等給付」、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟なサービスを提供する「地域生活支援事業」があります。

#### ■対象者

身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者、難病の方

※知的障害、精神障害のある方については、手帳の有無にかかわらず福祉サービスを利用できる場合があります。

#### ■サービスの体系

|          | サービス            | 内 容                                                 |
|----------|-----------------|-----------------------------------------------------|
| 介護給付     | 居宅介護（ホームヘルプ）    | 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護を行います。                              |
|          | 重度訪問介護          | 重度の障がい者に対し、自宅での介護や外出時支援を行います。                       |
|          | 同行援護            | 視覚障害者の外出に同行し、情報の提供や移動の援護等の支援を行います。                  |
|          | 行動援護            | 自己判断能力に制限のある方に外出支援を行います。                            |
|          | 短期入所（ショートステイ）   | 介護者が病気などで介護ができない場合に、短期間施設に入所します。                    |
|          | 療養介護            | 医療と常時介護が必要な方に、医療機関で看護、介護を行います。                      |
|          | 生活介護            | 介護を必要とする方に、昼間、施設で入浴、食事などの介護を行います。                   |
|          | 施設入所支援          | 施設に入所する方に、夜間、入浴、食事などの介護を行います。                       |
| 訓練等給付    | 自立訓練（機能訓練、生活訓練） | 自立した生活ができるよう、身体機能、生活能力の訓練を行います。                     |
|          | 宿泊型自立訓練         | 生活能力の訓練を行う方に、夜間、一定期間施設での宿泊の場を提供します。                 |
|          | 就労移行支援          | 一般企業への就労のために必要な訓練を行います。                             |
|          | 就労継続支援（A型、B型）   | 一般企業での就労が困難な方に、働く場を提供します。                           |
|          | 就労定着支援          | 一般企業に就労し、就労の継続を図るためにサポートを行います。                      |
|          | 共同生活援助（グループホーム） | 共同生活を行う住居で、日常生活の援助（介護が必要な方については入浴、食事などの介護を含む）を行います。 |
| 地域生活支援事業 | 移動支援            | 円滑に外出できるよう車両やガイドヘルパーによる支援を行います。                     |
|          | コミュニケーション支援     | 手話通訳や要約筆記による生活の支援を行います。                             |
|          | 日中一時支援          | 昼間、介護者の急用時などにおける一時的な預かりを行います。                       |
|          | 地域活動支援センター      | 創作活動や社会との交流の機会の提供を行います。                             |
|          | 訪問入浴サービス        | 自宅に訪問し、入浴の介護をします。                                   |
|          | 生活支援・生活サポート     | 自宅に訪問し、日常生活上必要な指導、援助を行います。                          |
|          | 相談支援            | 日常生活上の相談や、福祉サービスの紹介、申請手続きの支援を行います。                  |
|          | 日常生活用具給付        | 在宅での日常生活を容易にするための用具を給付します。                          |
|          | 社会参加促進事業        | 障害者自動車改造、運転免許取得助成を行います。                             |
|          | 成年後見制度利用助成      | 判断能力のない方の財産権利保護のための支援を行います。                         |
| その他      | 計画相談支援          | 福祉サービスを利用するための計画の作成を支援します。                          |
|          | 地域移行支援          | 長期に入院、入所されている方の地域への移行を支援します。                        |
|          | 地域定着支援          | 退院、退所後に、地域での生活が定着できるよう支援します。                        |
| 児童福祉     | 児童発達支援          | 日常生活における基本的な動作の習得など、個別に支援を行います。                     |
|          | 保育所等訪問          | 保育所等に訪問し、集団生活への適応のための支援などを行います。                     |
|          | 放課後等デイサービス      | 放課後や休業日において、障がいのある児童の預かり支援を行います。                    |

各福祉サービスの詳細については、

8. 障害者総合支援法による「訪問サービス」

9. 障害者総合支援法・児童福祉法による「通所サービス」

10. 障害者総合支援法による「入所・宿泊サービス」 をご覧ください。

## ② サービスの利用方法

|                         |                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 相談・申請                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・困ったことや新しいサービスを利用したい場合、下記の相談支援事業所や市役所福祉介護課にご相談ください。</li> <li>・利用したいサービスが決まったら、市役所福祉介護課へ申請します。</li> </ul>                                |
| ② 聴き取り調査・障害支援区分認定       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認定調査員が訪問し、心身の状況などについて聴き取り調査を行います。医療機関からは、医師意見書を書いてもらいます。</li> <li>・聴き取り調査の結果について、コンピューターによる1次判定、審査会による2次判定を行い、障害支援区分を認定します。</li> </ul> |
| ③ サービス等利用計画案の提出         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業所等が作成したサービス等利用計画案を市役所福祉介護課へ提出します。</li> </ul>                                                                                     |
| ④ 支給決定・受給者証の交付          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害支援区分や生活状況を勘案して、サービスの支給と利用者負担額を決定し市役所から申請者に「受給者証」を交付します。</li> </ul>                                                                   |
| ⑤ サービス等利用計画の提出・事業所と利用契約 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業所等が作成したサービス等利用計画を市役所福祉介護課へ提出します。</li> <li>・サービス等利用計画に基づき、事業所、施設に受給者証を提示し、サービス内容を確認したうえで利用契約をします。</li> </ul>                      |
| ⑥ サービス利用                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・契約に基づいて、サービスを利用します。</li> <li>・サービスを利用したら、事業所に利用料を支払います。</li> </ul>                                                                     |

※「訓練等給付」のサービスを利用する場合、障害支援区分認定は不要です。

「地域生活支援事業」のサービスを利用する場合、障害支援区分認定およびサービス等利用計画の提出は不要です。

サービスの利用・申請のサポートをいたしますので、詳しくはこちらへご相談ください。

◎指定相談支援事業所

| 名 称                    | 郵便番号     | 住 所                       | 電 話     | 障害者 | 障害児 |
|------------------------|----------|---------------------------|---------|-----|-----|
| 障がい者基幹相談支援センター<br>たいない | 959-2643 | 胎内市東本町22-31               | 28-7783 | ○   | ○   |
| 胎内市社会福祉協議会             | 959-2656 | 胎内市西本町11-11<br>ほっとHOT・中条内 | 44-8682 | ○   | ○   |
| 相談支援事業所 de ed          | 959-2708 | 胎内市中村浜699-128             | 28-7210 | ○   | ×   |
| 胎内市福祉介護課<br>障がい福祉係     | 959-2693 | 胎内市新和町2-10                | 43-6111 | —   | —   |

### ■利用者負担

原則として、利用するサービス費用の1割が自己負担となりますが、負担が重くならないように、1か月間の負担上限額が所得に応じて次の4段階に設定されています。

※訪問サービス以外の利用に際しては、下記の費用負担に加え、食費などの実費負担があります。

○18歳以上の障害者

| 区 分   | 世帯の収入状況                                                     | 1か月の負担上限額 |
|-------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 生活保護  | 生活保護受給世帯                                                    | 0円        |
| 低 所 得 | 市民税非課税世帯                                                    | 0円        |
| 一 般 1 | 市民税課税世帯で所得割が16万円未満の世帯<br>※施設入所者（20歳以上）、グループホーム利用者は一般2になります。 | 9,300円    |
| 一 般 2 | 上記以外の世帯                                                     | 37,200円   |

## ○障害児

| 区 分   | 世帯の収入状況               | 1 か月の負担上限額 |
|-------|-----------------------|------------|
| 生活保護  | 生活保護受給世帯              | 0円         |
| 低 所 得 | 市民税非課税世帯              | 0円         |
| 一 般 1 | 市民税課税世帯で所得割が28万円未満の世帯 | 通所支援利用の場合  |
|       |                       | 4,600円     |
| 一 般 2 | 上記以外の世帯               | 入所支援利用の場合  |
|       |                       | 9,300円     |
| 一 般 2 | 上記以外の世帯               | 37,200円    |

○所得を判断する際の世帯範囲は、次のとおりです。

| 種 別                         | 世帯の範囲             |
|-----------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く） | 障害のある方とその配偶者      |
| 障害児（施設に入所する18、19歳を含む）       | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

## ③ 障害福祉と介護保険

障害者の方で、[①65歳以上の方] および [②40歳以上65歳未満で医療保険に加入している方のうち特定疾病（注）が原因で介護が必要になった方] が、下記の共通するサービスを利用する場合は、要介護（要支援）認定を受けて、介護保険サービスをご利用いただくことになります。

| 障害福祉制度でのサービス  | 介護保険でのサービス       |
|---------------|------------------|
| (1) 障害福祉サービス  |                  |
| ①居宅介護         | ⇒ 訪問介護           |
| ②生活介護         | ⇒ 通所介護           |
| ③短期入所         | ⇒ 短期入所           |
| (2) 訪問入浴サービス  | ⇒ 訪問入浴介護         |
| (3) 補装具の一部    | ⇒ 車いす・歩行器・歩行補助つえ |
| (4) 日常生活用具の一部 | ⇒ 便器・入浴補助用具等     |

## ■介護保険の適用となっても、障害福祉制度のサービスも利用できる場合があります。

- 介護保険での訪問介護、通所介護、短期入所などでは、全身性障害、聴覚障害、視覚障害、内部障害、知的障害、精神障害などの障害特性により、介護保険では対応できない部分については障害福祉サービスも利用できる場合がありますので、ご相談ください。
- 介護保険の福祉用具では個別の身体状況に対応できない場合には、障害福祉制度の「補装具」として対応できる場合がありますので、ご相談ください。

## 注）特定疾病の範囲

①がん末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靱帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症など） ⑦パーキンソン病関連疾患 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症（ウェルナー症候群） ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害 ⑬脳血管疾患（脳出血、脳梗塞） ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支ぜんそく、びまん性汎細気管支炎） ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

## 8. 障害者総合支援法による「訪問サービス」

### ① 居宅介護（ホームヘルプ）

自宅での入浴や排せつ、食事などの介助をします。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・区分1以上の方

※障害児（18歳未満）も利用できます

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称                | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話           |
|--------------------|----------|------------------------|---------------|
| 胎内市社会福祉協議会         | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682       |
| ヘルパーステーション<br>すてっぴ | 959-2643 | 胎内市東本町22-31            | 090-8617-2788 |
| ヘルパーステーション<br>さかまち | 959-3132 | 村上市坂町1860-27           | 0254-75-5026  |

### ② 重度訪問介護

常に介護が必要な肢体不自由者や重度の行動障害のある方に、自宅で入浴や排せつ、食事などの介助や外出時の移動の補助などをします。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・重度の身体障害者(※1)、重度の行動障害のある知的または精神障害者(※2)
- ・認定調査による障害支援区分・・・区分4以上の方で下記※1または※2を満たす方

※1 二肢以上に麻痺があり、認定調査項目の歩行、移乗、排尿、排便がいずれも「できる」以外

※2 行動上著しい障害のある方(認定調査項目における行動関連項目8点以上)

※障害児（18歳未満）も利用できます

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称                | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話           |
|--------------------|----------|------------------------|---------------|
| 胎内市社会福祉協議会         | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682       |
| ヘルパーステーション<br>すてっぴ | 959-2643 | 胎内市東本町22-31            | 090-8617-2788 |
| ユーススタイルケア新潟        | 951-8055 | 新潟市中央区礎町通一ノ町1945-1     | 050-3627-7810 |

### ③ 行動援護

行動する時必要な介助や外出時の移動の補助などをします。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・区分3以上の方

※自己判断能力が制限されており、行動が困難で常に介護が必要な方（別に調査が必要です）

※障害児（18歳未満）も利用できます。

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市内の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話     |
|------------|----------|------------------------|---------|
| 胎内市社会福祉協議会 | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

#### ④ 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者の外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の外出する際の必要な援助を行います。

##### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者（視覚障害）
- ・認定調査による障害支援区分・・・身体介護を伴わない場合は不要  
・・・身体介護を伴う場合は区分2以上の方

※同行援護アセスメント調査により対象となる方

※障害児（18歳未満）も利用できます

##### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

##### ■胎内市内の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話     |
|------------|----------|------------------------|---------|
| 胎内市社会福祉協議会 | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

#### ⑤ 移動支援事業（車両による移動支援サービス）

障害の特性によりバス、電車などの公共交通機関を利用することができない障害者を対象に、医療機関など社会生活上必要不可欠な外出の際の車両による送迎サービスをします。車椅子またはストレッチャー（寝台）のまま乗車できます。

##### ■対象者

- （1）療育手帳A、Bの方
- （2）精神障害者保健福祉手帳1、2級の方
- （3）身体障害者手帳の等級が次表のいずれかに該当する方

※ただし、外出支援サービスの対象者は除きます。

| 障害種別                                                      |                          | 等 級                               |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 視覚障害                                                      |                          | 1級から3級および4級の1                     |
| 聴覚または平衡機能の障害                                              | 聴覚障害                     | 2級および3級                           |
| 肢体不自由                                                     | 上 肢                      | 1級、2級の1および2級の2                    |
|                                                           | 下 肢                      | 1級、2級および3級の1                      |
|                                                           | 体 幹                      | 1級から3級                            |
|                                                           | 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 | 上肢機能<br>1級および2級<br>移動機能<br>1級から3級 |
| 心臓、じん臓もしくは呼吸器またはぼうこうもしくは直腸もしくは小腸もしくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害 | 心臓、じん臓もしくは呼吸器または小腸の機能障害  | 1級、3級および4級                        |
|                                                           | ぼうこうまたは直腸の機能障害           | 1級および3級                           |
|                                                           | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害     | 1級から4級                            |

##### ■費 用

利用料は無料。月2回まで利用可能です。駐車料金、有料道路料金等の実費は自己負担です。

※サービス提供日時は、午前8時30分から午後5時00分（日曜日、祝祭日、年末年始を除く）です。提供範囲は、新発田圏域および岩船圏域ならびに新潟市の圏域です。

##### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

##### ■胎内市内の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話     |
|------------|----------|------------------------|---------|
| 胎内市社会福祉協議会 | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

## ⑥ 移動支援事業（ガイドヘルプサービス）

社会生活上必要不可欠な外出または余暇活動等の社会参加のための外出における移動のための介助を行います。

### ■対象者

「⑤移動支援事業（車両による移動支援サービス）」と同じ

### ■費用

当該事業に要した経費の1割に相当する額を自己負担（月額負担上限額あり）

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市内の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所                    | 電 話     |
|------------|----------|------------------------|---------|
| 胎内市社会福祉協議会 | 959-2656 | 胎内市西本町11-11 ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

## ⑦ 訪問入浴サービス

入浴が困難な重度心身障害者に、定期的に移動入浴車でご自宅を訪問して、入浴の介助をします。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要
- ※重度の心身障害により、自宅での入浴が困難な方
- ※障害児（18歳未満）も利用できます

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称       | 郵便番号     | 住 所           | 電 話          |
|-----------|----------|---------------|--------------|
| ツクイ新発田    | 957-0017 | 新発田市新富町2-6-20 | 27-9898      |
| アースサポート村上 | 958-0033 | 村上市緑町2-1-10   | 0254-53-5460 |

## ⑧ 生活支援・生活サポート

生活支援・・・日常生活上必要な訓練・指導等を行い、自立のための活動の支援を行います。  
生活サポート・・・障害支援区分により居宅介護の支給が受けられない方に、ホームヘルパー等を派遣して、日常生活に関する支援または家事援助を行います。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・生活支援は区分1以上、生活サポートは区分非該当で居宅介護の支給決定が受けられない方
- ※障害児（18歳未満）も利用できます

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

## 9. 障害者総合支援法・児童福祉法による「通所サービス」

### ① 就労移行支援

一般企業への就労を希望する方に対し、一定期間の支援計画に基づいて、就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練を行います。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
  - ・認定調査による障害支援区分・・・区分認定不要
- ※ 6 5 歳未満の方が対象です

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市内の事業所

| 名 称           | 郵便番号     | 住 所        | 電 話     |
|---------------|----------|------------|---------|
| カレイドスクエアパーク胎内 | 959-2805 | 胎内市下館 1147 | 28-9362 |

### ② 就労継続支援（A型）

一般企業での就労が困難な方に対し、働く場を提供するとともに、知識および能力の向上のために必要な訓練を行います。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

※ 6 5 歳未満の方で雇用契約に基づき継続的に就労することが可能な方

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称      | 郵便番号     | 住 所           | 電 話     |
|----------|----------|---------------|---------|
| パルトン     | 957-0053 | 新発田市中央町3-5-19 | 28-0066 |
| らいふあかりさわ | 957-0062 | 新発田市冨塚町1-8-22 | 28-1002 |

### ③ 就労継続支援（B型）

一般企業での就労が困難な方に対し、働く場を提供するとともに、知識および能力の向上のために必要な訓練を行います。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市内の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所             | 電 話     |
|------------|----------|-----------------|---------|
| 虹の家        | 959-2658 | 胎内市西条 412-4     | 44-8448 |
| ハートワークくろかわ | 959-2805 | 胎内市下館 1573 番地 1 | 28-0130 |
| こばと作業所     | 959-2664 | 胎内市柴橋 1320 番地 1 | 44-8616 |
| じょぶ倶楽部     | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-128  | 45-5110 |

### ④ 就労定着支援

一般企業に新たに雇用された障がい者の就労継続を図るため、企業等との連絡調整や助言等を行い、就労継続をサポートします。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

## ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

## ■胎内市内の事業所

| 名 称           | 郵便番号     | 住 所        | 電 話     |
|---------------|----------|------------|---------|
| カレイドスクエアパーク胎内 | 959-2805 | 胎内市下館 1147 | 28-9362 |

## ⑤ 自立訓練（機能訓練）

身体障害者に対し、一定期間の支援計画に基づいて、身体機能向上のためのリハビリ等の訓練を行います。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

## ⑥ 自立訓練（生活訓練）

知的障害者や精神障害者に対し、一定期間の支援計画に基づいて、生活機能向上のための訓練を行います。

### ■対象者

- ・対象障害・・・知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

## ■胎内市内の事業所

| 名 称           | 郵便番号     | 住 所            | 電 話     |
|---------------|----------|----------------|---------|
| そら倶楽部         | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-128 | 45-5112 |
| 生活訓練施設らいと     | 959-2434 | 新発田市押廻 1357    | 28-8478 |
| カレイドスクエアパーク胎内 | 959-2805 | 胎内市下館 1147     | 28-9362 |

## ⑦ 生活介護

常に介護が必要な方に、施設で入浴、排せつ、食事の介護や創作的活動等の機会を提供します。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
  - ・認定調査による障害支援区分・・・区分3以上（50歳以上の場合は区分2以上）の方
- ※施設入所者は、区分4以上（50歳以上の場合は区分3以上）の方

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

## ■胎内市周辺の事業所

| 名 称                  | 郵便番号     | 住 所            | 電 話          |
|----------------------|----------|----------------|--------------|
| 大峰寮                  | 959-2478 | 新発田市下坂町 266    | 33-2314      |
| さんさん館 i              | 957-0011 | 新発田市島潟 1454    | 22-9900      |
| 虹の家                  | 959-2658 | 胎内市西条 412-4    | 44-8448      |
| いわはら荘（基準該当）          | 959-2806 | 胎内市下赤谷 387-15  | 47-3331      |
| ちゅーりっぷ苑・さくら（基準該当）    | 959-2652 | 胎内市協和町 837-1   | 20-8490      |
| 新発田南デイサービスセンター（基準該当） | 957-0056 | 新発田市大栄町 4-5-12 | 26-8581      |
| Y u L U L U しばた※     | 950-0017 | 新発田市新富町 2-6-2  | 20-8565      |
| ハルボンド※               | 958-0854 | 村上市田端町 10-8    | 0254-62-7911 |

※医療的ケア対応

## ⑧ 日中一時支援

家族の社会参加の促進や緊急時の一時預かりの場として、日中において施設で見守り等の支援を行います。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
  - ・認定調査による障害支援区分・・・区分1以上の方
- ※障害児（18歳未満）も利用できます

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市内の事業所

| 名 称                          | 郵便番号     | 住 所            | 電 話     |
|------------------------------|----------|----------------|---------|
| そら倶楽部                        | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-128 | 45-5112 |
| 高齢者・障がい者総合支援センター<br>おくやまのしょう | 959-2651 | 胎内市西条町3-10     | 43-6106 |
| こばと作業所                       | 959-2664 | 胎内市柴橋1320番地1   | 44-8616 |

## ⑨ 地域活動支援センター

地域生活支援センターにて、創作的活動や生産活動、社会との交流促進などの機会の提供を行っています。

### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
  - ・認定調査による障害支援区分・・・不要
- ※障害児（18歳未満）も利用できます

### ■開所日、開所時間

各事業所へお問い合わせください。

### ■費 用

活動内容により一部自己負担あり

### ■胎内市内の事業所

| 名 称                          | 郵便番号     | 住 所         | 電 話     |
|------------------------------|----------|-------------|---------|
| 地域活動支援センターごっちゃん              | 959-2655 | 胎内市本郷 544-1 | 28-8530 |
| 高齢者・障がい者総合支援センター<br>おくやまのしょう | 959-2651 | 胎内市西条町 3-10 | 43-6106 |

## ⑩ 児童発達支援

日常生活における基本的な動作の習得や、集団生活に適応するための訓練など、個別に療育プログラムを提供します。

### ■対象者

未就学児

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所          | 電 話          |
|------------|----------|--------------|--------------|
| こども発達支援所はる | 958-0851 | 村上市羽黒町 11-23 | 0254-62-7200 |
| はる step    | 959-3425 | 村上市山田 930-5  | 0254-75-5149 |
| ハルガーデン     | 958-0846 | 村上市安良町 1-1   | 0254-62-7701 |

## ⑪ 保育所等訪問

訪問支援員が、保育所、小学校等を訪問し、他の児童との集団生活への適応のための支援などを行います。

### ■対象者

小学生まで

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称        | 郵便番号     | 住 所          | 電 話          |
|------------|----------|--------------|--------------|
| こども発達支援所はる | 958-0851 | 村上市羽黒町 11-23 | 0254-62-7200 |

## ⑫ 放課後等デイサービス

放課後や休業日において、障がいのある児童を預かり、生活能力の向上や社会との交流の促進等を療育や集団生活を通して支援します。

### ■対象者

小学生から高校生まで

### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

### ■胎内市内の事業所

| 名 称            | 郵便番号     | 住 所             | 電 話           |
|----------------|----------|-----------------|---------------|
| 胎内まごころクラブ      | 959-2624 | 胎内市羽黒 2142-1    | 28-7301       |
| カレイドスクエアパーク胎内  | 959-2805 | 胎内市下館 1147      | 28-9362       |
| なないろキッズたいない    | 959-2631 | 胎内市表町 5-27      | 20-7847       |
| なないろキッズついじ     | 959-2707 | 胎内市下高田 1117-1   | 28-7955       |
| カナリヤ           | 959-3131 | 村上市藤沢 21-5      | 0254-62-7990  |
| はる step        | 959-3425 | 村上市山田 930-5     | 0254-75-5149  |
| ハルガーデン※        | 958-0846 | 村上市安良町 1-1      | 0254-62-7701  |
| SMid デイサービスにじ※ | 957-0021 | 新発田市五十公野 4685-7 | 080-8108-4984 |

※重度心身障害児対応

## 10. 障害者総合支援法による「入所・宿泊サービス」

### ① 施設入所支援

施設に入所する障害者に、主に夜間において、入浴、排せつ、食事などの介助を提供します。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・区分4以上（50歳以上の場合は区分3以上）の方

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称    | 郵便番号     | 住 所              | 電 話          |
|--------|----------|------------------|--------------|
| 大峰寮    | 959-2478 | 新発田市下坂町 266      | 33-2314      |
| 緑風園    | 957-0021 | 新発田市五十公野 4681-1  | 22-4298      |
| 中井さくら園 | 957-0007 | 新発田市小舟町 2丁目 9-13 | 22-4297      |
| やまやの里  | 959-3404 | 村上市山屋 746-2      | 0254-66-5945 |
| いわくすの里 | 958-0053 | 村上市上の山 2-17      | 0254-50-2100 |
| 浦田の里   | 958-0036 | 村上市浦田山 231-1     | 0254-53-1803 |

### ② 短期入所（ショートステイ）

家で介護を行う方が病気などで在宅での介護が困難な場合、短期間の施設入所ができます。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・区分1以上
- ※障害児（18歳未満）も利用できます

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市周辺の事業所

| 名 称       | 郵便番号     | 住 所             | 電 話          |
|-----------|----------|-----------------|--------------|
| そら倶楽部     | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-128  | 45-5112      |
| GHスカイ-1   | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-131  | 45-5911      |
| 短期入所おーる   | 959-2643 | 胎内市東本町 22-31    | 28-7762      |
| 大峰寮       | 959-2478 | 新発田市下坂町 266     | 33-2314      |
| 緑風園       | 957-0021 | 新発田市五十公野 4681-1 | 22-4298      |
| やまやの里     | 959-3404 | 村上市山屋 746-2     | 0254-66-5945 |
| いわくすの里    | 958-0053 | 村上市上の山 2-17     | 0254-50-2100 |
| 浦田の里      | 958-0036 | 村上市浦田山 231-1    | 0254-53-1803 |
| 未来ベースさかまち | 959-3132 | 村上市坂町 1860番地 27 | 0254-62-7382 |
| 中井さくら園※   | 957-0007 | 新発田市小舟町 2-9-13  | 22-4297      |

※障害児対応

### ③ 自立訓練（宿泊型）

障害者支援施設等への宿泊により、知的障害者、精神障害者に対し、有期限で生活能力の向上のために必要な訓練、その他の援助を提供します。

#### ■対象者

- ・対象障害・・・知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・不要

#### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

#### ■胎内市内の事業所

| 名 称       | 郵便番号     | 住 所            | 電 話     |
|-----------|----------|----------------|---------|
| そら倶楽部     | 959-2708 | 胎内市中村浜 699-128 | 45-5112 |
| 生活訓練施設らいと | 959-2434 | 新発田市押廻 1357    | 28-8478 |

#### ④ 共同生活援助（グループホーム）

共同生活援助（グループホーム）：日常生活の援助を受けながら、共同生活をします。

必要な方は入浴、排せつ、食事等の介護を受けられます。

##### ■対象者

- ・対象障害・・・身体障害者、知的障害者、精神障害者
- ・認定調査による障害支援区分・・・入浴、排せつ、食事等の介護が必要な方は区分認定が必要です

※身体障害者は65歳未満または65歳前に障害福祉サービス利用の方

##### ■利用方法

「7. 障害者総合支援法・児童福祉法による障害福祉のサービス」をご覧ください。

##### ■胎内市周辺の事業所

| 名称（管理施設名）        | 郵便番号     | 住 所            | 管理施設の電話番号    | 備 考 |
|------------------|----------|----------------|--------------|-----|
| GH虹の家第一寮1号棟(虹の家) | 959-2651 | 胎内市西条町2-22     | 44-8448      |     |
| GH虹の家第一寮2号棟(虹の家) | 959-2646 | 胎内市西栄町5-35     | 44-8448      |     |
| GHスカイ-1          | 959-2708 | 胎内市中村浜699-131  | 45-5911      |     |
| いんくる胎内ひがし本町      | 959-2643 | 胎内市東本町25番86-2号 | 0254-75-5261 |     |
| いんくる胎内ひがし本町別館    | 959-2643 | 胎内市東本町22番35号   | 0254-75-5261 |     |
| GHおーる            | 959-2643 | 胎内市東本町22-31    | 28-7762      |     |
| GHかたくり（大峰寮）      | 959-2477 | 新発田市下小中山7-3    | 33-2314      | 男子寮 |
| GHすみれ（大峰寮）       | 959-2632 | 胎内市新栄町5-63     | 33-2314      | 女子寮 |
| 未来ベースさかまち        | 959-3132 | 村上市坂町1860番地27  | 0254-62-7382 |     |

※GH：グループホームの略

## 11. 相談の窓口

### ① 胎内市委託相談支援事業所

障害児者やそのご家族からの相談に応じ、必要な情報提供や助言、その他サービスの利用援助などを行います。費用は無料ですので、お気軽にご相談ください。

| 名 称                    | 郵便番号     | 住 所                       | 電 話     |
|------------------------|----------|---------------------------|---------|
| 障がい者基幹相談支援センター<br>たいない | 959-2643 | 胎内市東本町22-31               | 28-7783 |
| 胎内市社会福祉協議会             | 959-2656 | 胎内市西本町11-11<br>ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

### ② 障害者110番

障害者の権利擁護に係る相談等に対応するため、専門の相談窓口を設置しています。また、相談の内容に応じて、弁護士等による専門相談を行います。県内3か所で巡回相談を行っています。

| 名 称     | 郵便番号     | 住 所                           | 電 話          |
|---------|----------|-------------------------------|--------------|
| 障害者110番 | 950-0121 | 新潟市江南区亀田向陽1-9-1<br>新潟ふれあいプラザ内 | 025-381-0110 |

### ③ 障害者虐待の相談・通報

家族や、施設従事者、使用者から虐待を受けた場合、虐待を発見した場合は迷わずご連絡ください。相談者や通報者の情報は守られます。

| 名 称                                 | 郵便番号     | 住 所                       | 電 話     |
|-------------------------------------|----------|---------------------------|---------|
| 胎内市福祉介護課<br>障がい福祉係<br>(障害者虐待防止センター) | 959-2693 | 胎内市新和町2-10                | 43-6111 |
| 障がい者基幹相談支援<br>センターたいない              | 959-2643 | 胎内市東本町22-31               | 28-7783 |
| 胎内市社会福祉協議会                          | 959-2656 | 胎内市西本町11-11<br>ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

### ④ 障害者差別に関する相談

我が国では、障害のある人もない人も、互いにその人らしさを認め合いながら共に生きる社会を実現するため、「障害者差別解消法」を定めています。障害を理由とする差別に関する相談は、相談窓口にて受け付けていますので、ご相談ください。

| 名 称                    | 郵便番号     | 住 所                       | 電 話     |
|------------------------|----------|---------------------------|---------|
| 胎内市福祉介護課<br>障がい福祉係     | 959-2693 | 胎内市新和町2-10                | 43-6111 |
| 障がい者基幹相談支援<br>センターたいない | 959-2643 | 胎内市東本町22-31               | 28-7783 |
| 胎内市社会福祉協議会             | 959-2656 | 胎内市西本町11-11<br>ほっとHOT・中条内 | 44-8682 |

## 12. 市内の障害者団体

### ① 胎内市身体障害者福祉協会

身体障がい者の社会参加や福祉の充実のための仲間づくりを目的とした会です。

#### ■問い合わせ

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682

### ② 胎内市ろうあ協会

ろうあ者の社会参加の促進を図り、その福祉を増進することを目的とした会です。

#### ■問い合わせ

ろうあ協会会長 FAX 46-3041

### ③ 胎内市手をつなぐ育成会

障害のある子どもの家族会で、互いに助け合い、交流を図るとともに、教育、福祉施策等の充実のために活動する会です。

#### ■問い合わせ

胎内市社会福祉協議会 TEL 44-8682

## （障害福祉制度一覧表）

※ ○は該当、△は一部該当。○、△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。

| 区分          | 等級            | 医療費    |        |                    |                  |               |                         | 手当と年金      |                  |                        |                        |                                            |                |        | くらし                                                                                                                                   |             |           |           |                        |                    |                  |              |             |         |             |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------|---------------|--------|--------|--------------------|------------------|---------------|-------------------------|------------|------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------------------|----------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|------------------------|--------------------|------------------|--------------|-------------|---------|-------------|--------------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
|             |               | 自立支援医療 |        |                    | 重度心身障害者医療費助成（県障） | 精神障害者医療助成（入院） | 難病の患者に対する医療費助成（特定医療費助成） | 小児慢性特定疾病医療 | 特別児童扶養手当         | 障害児福祉手当                | 特別障害者手当                | 在宅介護手当                                     | 在宅重度重複障害者介護見舞金 | 障害基礎年金 | 特別障害給付金                                                                                                                               | 心身障害者扶養共済制度 | 補装具の支給・修理 | 日常生活用具の給付 | 日常生活用具の給付（小児慢性特定疾病児童等） | 手話奉仕員および要約筆記奉仕員の派遣 | 聴覚障害者等ファックス等助成事業 | 人工透析通院助成費の支給 | 自動車運転免許取得助成 | 自動車改造助成 | 福祉タクシー利用券発行 | 障がい者配食サービス事業 | 成年後見制度利用支援事業                  |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | （更生医療） | （育成医療） | （精神通院）             |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              |             |         |             |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 該当ページ       |               | 4      | 5      | 5                  | 6                | 6             | 7                       | 7          | 8                | 8                      | 9                      | 10                                         | 10             | 11     | 12                                                                                                                                    | 13          | 14        | 14        | 17                     | 18                 | 18               | 18           | 18          | 18      | 19          | 19           | 20                            |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 身体障害者手帳     | 視覚障害          | 1      | ○      | 対象医療の受給が適当と認められる児童 |                  | ○             |                         | △          | 対象疾患および基準に該当する児童 | 在宅で常時介護を要する最重度の障害のある児童 | 在宅で常時介護を要する最重度の障害のある児童 | 在宅で療育手帳A所持者であり、かつ重度の身体障害を重複している方を介護している保護者 | △              | △      | 平成3年3月以前に国民年金任意加入であった学生の昭和61年以前に国民年金任意加入対象であった被用者年金の加入者の配偶者であつて、当時任意加入していなかった期間内に初診日がある傷病により、現在、障害基礎年金1級・2級相当の障害状態に該当する方（65歳までに該当した方） | ○           | ○         | ○         | 在宅の小児慢性特定疾病児童等         |                    |                  |              | ○           |         |             | ○            | 日常生活を営むのに支障があり、サービスが必要と認められる方 |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 2      | ○      |                    |                  | ○             |                         | △          |                  |                        |                        |                                            | △              | △      |                                                                                                                                       | ○           | ○         | ○         |                        |                    |                  |              | ○           |         |             |              |                               |   |   | ○ |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 3      | ○      |                    |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        | △                  | △                |              | ○           | ○       | ○           |              |                               |   |   | ○ |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 4      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | ○           | △            |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 5      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | ○           | △            |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 6      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              |             | ○       | ○           | ○            |                               | △ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 聴覚障害および平衡機能障害 | 2      | ○      |                    |                  | ○             |                         | △          |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             | △         |           |                        | △                  |                  | ○            | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ | ○ |   | ○ |   |   |  |  |  |
|             |               | 3      | ○      |                    |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           | △         |                        |                    |                  | ○            | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ | ○ |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 4      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 5      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 6      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 6      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              |             | ○       | ○           | △            |                               |   | ○ |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 音声言語          | 3      | ○      |                    |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           | △         |                        | △                  | △                | ○            | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ | ○ |   | ○ |   |   |  |  |  |
|             |               | 4      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        | △                  | △                |              | ○           | ○       | △           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |               | 1      | ○      |                    |                  | ○             |                         | △          |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             | △         | △         |                        | △                  | △                | ○            | ○           | ○       |             |              |                               |   |   | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  |  |
|             |               | 2      | ○      |                    |                  | ○             |                         | △          |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             | △         | △         |                        | △                  | △                | ○            | ○           | ○       |             |              |                               |   |   | ○ | ○ | ○ | ○ |  |  |  |
|             | 肢体不自由         | 3      | ○      |                    |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  | ○            | ○           | ○       | △           |              |                               |   |   | ○ | △ |   |   |  |  |  |
|             |               | 4      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              | ○           | ○       | △           |              |                               |   |   | ○ | △ |   |   |  |  |  |
|             |               | 5      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              |             | ○       | △           |              |                               |   |   |   | △ |   |   |  |  |  |
|             |               | 6      | ○      |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       |             |           |           |                        |                    |                  |              |             | ○       | △           |              |                               |   |   |   | △ |   |   |  |  |  |
| 内部          | 1             | ○      |        |                    | ○                |               | △                       |            |                  |                        | △                      | △                                          | △              | △      | ○                                                                                                                                     | ○           | ○         |           |                        |                    |                  | △            | ○           |         | △           |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 2             | ○      |        |                    | ○                |               | △                       |            |                  |                        | △                      | △                                          | △              | △      | ○                                                                                                                                     | ○           | ○         |           |                        |                    |                  | △            | ○           |         | △           |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 3             | ○      |        |                    | ○                |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        | ○                                                                                                                                     | ○           | ○         |           |                        |                    |                  | △            | ○           |         |             |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 4             | ○      |        |                    |                  |               |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                |        |                                                                                                                                       | ○           | ○         | △         |                        |                    |                  |              | ○           |         |             |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 療育手帳        |               | A      |        |                    | ○                |               |                         |            |                  |                        | △                      |                                            | △              | △      | ○                                                                                                                                     |             | ○         |           |                        |                    |                  |              |             | ○       |             |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 1             |        |        | △                  | ○                | ○             |                         |            |                  |                        | △                      |                                            | △              | △      | △                                                                                                                                     | △           |           |           |                        |                    |                  |              |             |         | ○           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 2             |        |        | △                  |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            | △              | △      | △                                                                                                                                     | △           |           |           |                        |                    |                  |              |             |         | ○           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 3             |        |        | △                  |                  | ○             |                         |            |                  |                        |                        |                                            |                | △      | △                                                                                                                                     | △           |           |           |                        |                    |                  |              |             |         | ○           |              |                               | ○ |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 年齢制限等主な条件   |               | 18歳以上  | 18歳未満  |                    |                  |               |                         | 18歳未満      | 20歳未満            | 20歳未満                  | 20歳以上                  | 在宅                                         | 在宅             | 20歳以上  | 併給制限あり                                                                                                                                | 保護者が65歳未満   |           | 在宅        | 18歳未満                  |                    | 15歳以上            |              | 本人運転        | 家族運転    | 在宅          |              |                               |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 所得要件        |               | 有      | 有      | 有                  | 有                |               |                         |            | 有                | 有                      | 有                      | 有                                          | 有              | 有      | 有                                                                                                                                     |             | 有         | 有         | 有                      |                    |                  |              | 有           |         |             |              |                               | 有 |   |   |   |   |   |  |  |  |

[illegible]

| 区分            | 等級              | 税金の減免等        |                   |       |     |     |     | 総合支援法の訪問サービス |              |        |       |                  |                                         | 総合支援法・児童福祉法による通所サービス |             |                       |                        |        |                          |      |        |                           |           | 総合支援法の入所サービス |               |        |                  |           |                 |                   |    |   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|-------|-----|-----|-----|--------------|--------------|--------|-------|------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------|-----------------------|------------------------|--------|--------------------------|------|--------|---------------------------|-----------|--------------|---------------|--------|------------------|-----------|-----------------|-------------------|----|---|
|               |                 | 所得税・市民税・県民税   | 自動車税・自動車取得税・軽自動車税 | 固定資産税 | 事業税 | 相続税 | 贈与税 | 預貯金等の利子非課税   | 居宅介護（ホームヘルプ） | 重度訪問介護 | 行動援助  | 同行援助             | 移動支援<br>（ガイドヘルプサービス）<br>（車両による移動支援サービス） | 訪問入浴サービス             | 生活支援・生活サポート | 就労移行支援                | 就労継続支援<br>（A型）<br>（B型） | 就労定着支援 | 自立訓練<br>（生活訓練）<br>（機能訓練） | 生活介護 | 日中一時支援 | 地域活動支援センター                | 児童発達支援（児） | 保育所等訪問（児）    | 放課後等デイサービス（児） | 施設入所支援 | 短期入所（ショートステイ）    | 自立訓練（宿泊型） | 共同生活援助（グループホーム） |                   |    |   |
| 該当ページ         |                 | 33            | 33                | 35    | 35  | 36  | 36  | 36           | 40           | 40     | 40    | 41               | 41                                      | 42                   | 42          | 42                    | 43                     | 43     | 43                       | 44   | 44     | 44                        | 45        | 45           | 45            | 46     | 46               | 47        | 47              | 47                | 48 |   |
| 身体障害者手帳       | 視覚障害            | 1             | ○                 | ○     | △   | ○   | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       | ○                    | ○           | 重度の心身障害により自宅での入浴が困難な方 | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         |           | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 2             | ○                 | ○     | △   | ○   | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 3             | ○                 | ○     | △   | △   | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 4             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       | △                    | △           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 5             | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 6             | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  | △                                       |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 聴覚障害および<br>機能障害 | 2             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 3             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 4             | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 5             | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 6             | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 平音声言語<br>そしゃく | 3                 | ○     | △   | △   |     | △            | △            | △      | △     |                  |                                         |                      |             |                       |                        | △      | △                        | △    | △      | △                         |           | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 4               |               | ○                 |       | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 1               |               | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  |                                         | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 2               |               | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  |                                         | ○                    | ○           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 3               |               | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  |                                         | △                    | △           |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 4               |               | ○                 | △     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               | 内部              | 1             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 2             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
|               |                 | 3             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      |             |                       | △                      | △      | △                        | △    | △      |                           | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 | △  | △ |
| 4             |                 | ○             |                   | △     |     | △   | △   | △            | △            |        |       |                  |                                         |                      | △           | △                     | △                      | △      | △                        |      | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
| 療育手帳          |                 | A             | ○                 | ○     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  | ○                                       | ○                    |             | △                     | △                      | △      | △                        | △    |        | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
|               | B               | ○             |                   | △     |     | △   | △   | △            | △            | △      | △     |                  | ○                                       | ○                    |             | △                     | △                      | △      | △                        | △    |        | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
| 精神障害者保健福祉手帳   |                 | 1             | ○                 | △     | △   |     | △   | △            | △            | △      | △     |                  | ○                                       | ○                    |             | △                     | △                      | △      | △                        | △    |        | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
|               | 2               | ○             |                   | △     |     | △   | △   | △            | △            | △      |       | ○                | ○                                       |                      | △           | △                     | △                      | △      | △                        |      | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
|               | 3               | ○             |                   | △     |     | △   | △   | △            | △            | △      |       |                  |                                         |                      | △           | △                     | △                      | △      | △                        |      | △      | △                         | △         | △            | △             | △      | △                | △         | △               | △                 |    |   |
| 年齢制限等<br>主な条件 |                 |               |                   |       |     |     |     |              | 区分1以上        | 区分4以上  | 区分3以上 | 身体介護有りは<br>区分2以上 |                                         |                      | 有期限         |                       |                        | 有期限    | 有期限                      | 有期限  | 有期限    | 区分1以上<br>区分3以上50歳以上は区分2以上 |           |              |               |        | 区分4以上50歳以上は区分3以上 | 区分1以上     | 有期限             | 身体介護有りは<br>区分認定必要 |    |   |
| 所得要件          |                 |               |                   |       |     |     |     |              |              |        |       |                  |                                         |                      |             |                       |                        |        |                          |      |        |                           |           |              |               |        |                  |           |                 |                   |    |   |

## 障がい福祉便利帳に関する問い合わせ先

胎内市 福祉介護課 障がい福祉係  
〒959-2693 胎内市新和町 2 番 10 号  
TEL：0254-43-6111（代表）  
FAX：0254-44-8040