

# 障がい者・児の暮らしを支えるサポートブック ～壱岐市～

平成28 年3月作成



壱岐市障害者地域自立支援協議会

## ご利用の前に

この障がい者・児の暮らしを支えるサポートブックは、平成28年3月現在で編集しています。なお法律等の改正により、掲載されている内容に変更が生じる場合があります。

詳しくは、下記問い合わせ先までご連絡ください。

| 市関係                     | 所在地                        | 電話番号          |
|-------------------------|----------------------------|---------------|
| 壱岐市福祉事務所                | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1111 |
| 市民福祉課                   | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1116 |
| こども家庭課                  | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1117 |
| 保護課                     | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1136 |
| 壱岐市 税務課                 | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1118 |
| 壱岐市 総務課<br>(壱岐市選挙管理委員会) | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1111 |
| 壱岐市 建設課                 | 〒811-5521 壱岐市勝本町西戸触182番地5  | (0920)42-1111 |
| 壱岐市 健康保健課               | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1111 |
| 壱岐市 教育委員会               | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1111 |
| 壱岐市地域包括支援センター           | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1197 |
| 壱岐障害者地域活動支援センターひまわり     | 〒811-5136 壱岐市郷ノ浦町片原触2510番地 | (0920)47-0116 |
| 壱岐こどもセンター               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触93番地   | (0920)48-0848 |

| 国・県関係               | 所在地                        | 電話番号          |
|---------------------|----------------------------|---------------|
| 壱岐警察署               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触551番地1 | (0920)47-0110 |
| 対馬公共職業安定所壱岐出張所      | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地4 | (0920)47-0054 |
| 壱岐税務署               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地4 | (0920)47-0315 |
| 壱岐振興局 税務課           | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触570番地  | (0920)47-1111 |
| 壱岐保健所               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地5 | (0920)47-0260 |
| 長崎県 障害福祉課           | 〒850-8570 長崎市江戸町2-13       | (095)895-2455 |
| 長崎県 壱岐病院            | 〒811-5132 壱岐市郷ノ浦町東触1626番地  | (0920)47-1131 |
| 虹の原特別支援学校壱岐分校小中学部   | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触589番地  | (0920)47-0159 |
| 虹の原特別支援学校壱岐分校高等部    | 〒811-5136 壱岐市郷ノ浦町片原触88番地   | (0920)48-0811 |
| 長崎こども・女性・障害者支援センター  | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)844-5132 |
| 佐世保こども・女性・障害者支援センター | 〒857-0034 佐世保市万徳町10-3      | (0956)24-5080 |
| 視覚障害者情報センター         | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)846-9021 |
| 聴覚障害者情報センター         | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)847-2681 |

| その他           | 所在地                         | 電話番号          |
|---------------|-----------------------------|---------------|
| 壱岐市社会福祉協議会 本部 | 〒811-5142 壱岐市郷ノ浦町坪触3099番地   | (0920)47-5005 |
| 郷ノ浦事業所        | 〒811-5142 壱岐市郷ノ浦町坪触3099番地   | (0920)47-0132 |
| 勝本事業所         | 〒811-5532 壱岐市勝本町大久保触1736番地2 | (0920)48-3222 |
| 芦辺事業所         | 〒811-5463 壱岐市芦辺町箱崎中山触2548番地 | (0920)45-2378 |
| 石田事業所         | 〒811-5215 壱岐市石田町石田西触1486番地1 | (0920)44-6150 |
| 九州郵船 壱岐支店     | 〒811-5135 壱岐市郷ノ浦町郷ノ浦281番地6  | (0920)47-0003 |
| ORC 壱岐空港      | 〒811-5203 壱岐市石田町筒城東触1724番地  | (0570)064-380 |
| 壱岐交通          | 〒811-5132 壱岐市郷ノ浦町東触575番地2   | (0920)47-1255 |
| 玄海交通(タクシー)    | 〒811-5553 壱岐市勝本町立石東触94番地1   | (0920)43-0880 |

※ この障がい者・児の暮らしを支えるサポートブック全般に関することについては、壱岐市障害者地域自立支援協議会事務局(壱岐障害者地域活動支援センターひまわり)もしくは、市民福祉課までお問い合わせください。

# も く じ

|   |                            |       |
|---|----------------------------|-------|
| 1 | 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳   | 1     |
|   | 身体障害者手帳の交付等について            | 2     |
|   | 療育手帳の交付等について               | 3     |
|   | 精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)の交付等について | 4     |
| 2 | 障害者総合支援法について               | 5     |
|   | (1)障害者総合支援法・児童福祉法          | 6～7   |
|   | (2)自立支援給付                  | 8     |
|   | ①障がい福祉サービス                 | 8     |
|   | ・介護給付                      | 8～10  |
|   | ・訓練等給付                     | 11    |
|   | ・相談支援サービス                  | 12    |
|   | ・障がい児通所支援サービス(児童福祉法)       | 13    |
|   | ・障がい児通所入浴支援(壱岐市の独自事業)      | 14    |
|   | ②障がい福祉サービスを利用したときにかかる費用    | 15～16 |
|   | ③自立支援医療                    | 17    |
|   | ④補装具                       | 18    |
|   | (3)地域生活支援事業                | 19    |
|   | (4)障がい児施設支援(入所、通所)         | 19    |
| 3 | 障がい別サービス一覧表                | 21～25 |
| 4 | サービスの内容                    | 27    |
|   | ①手当                        |       |
|   | 特別障害者手当                    | 28    |
|   | 特別児童扶養手当                   | 28    |
|   | 障害児福祉手当                    | 29    |
|   | ②年金等                       |       |
|   | 障害基礎年金                     | 30    |
|   | 障害厚生年金・障害共済年金              | 30    |
|   | 特別障害給付金                    | 31    |
|   | 心身障害者扶養共済制度                | 31    |

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| ③医療費の助成                   |       |
| 福祉医療                      | 32    |
| 自立支援医療(更生医療)              | 32    |
| 自立支援医療(育成医療)              | 33    |
| 自立支援医療(精神通院医療)            | 33    |
| 難病医療                      | 34    |
| 小児慢性特定疾病医療費助成             | 34    |
| 難病の患者に対する医療費等に関する指定難病     | 35～37 |
| ④補装具                      |       |
| 補装具費(購入・修理)の支給            | 38    |
| ⑤住宅                       |       |
| 住宅改修費の助成(日常生活用具)※地域生活支援事業 | 39    |
| 住宅改造費の助成                  | 40    |
| 市営住宅の緩和措置等                | 41    |
| ⑥地域生活支援事業                 |       |
| 日常生活用具の給付                 | 42～50 |
| 移動支援                      | 51    |
| 地域活動支援センター                | 51    |
| 日中一時支援                    | 52    |
| 訪問入浴サービス                  | 52    |
| 入院時コミュニケーション支援            | 53    |
| 成年後見制度利用支援                | 53    |
| ⑦その他の在宅支援                 |       |
| 訪問看護                      | 54    |
| 車いす貸与                     | 55    |
| ⑧専門相談                     |       |
| 難病医療相談                    | 56    |

|                  |    |
|------------------|----|
| ⑨精神保健            |    |
| 精神保健相談           | 57 |
| アルコール依存症者及び家族の相談 | 57 |
| ⑩交通費の割引・助成       |    |
| JR               | 58 |
| 電車               | 59 |
| バス               | 59 |
| タクシー             | 60 |
| 福祉タクシー           | 60 |
| 航空               | 61 |
| 九州郵船             | 62 |
| 三島旅客船利用運賃一部助成    | 62 |
| 有料道路             | 63 |
| 障害者(児)交通費助成      | 64 |
| ⑪自動車             |    |
| 自動車改造費の助成        | 65 |
| 自動車運転免許取得費助成     | 65 |
| 駐車禁止の除外措置        | 66 |
| 長崎県パーキング・パーミット制度 | 67 |
| ⑫税の減免等           |    |
| 軽自動車税の減免         | 68 |
| 自動車税・自動車取得税の減免   | 69 |
| 所得税の障害者控除        | 70 |
| 住民税の障害者控除        | 70 |
| 相続税の障害者控除        | 71 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| ⑬料金等の割引                        |    |
| NHK放送受信料の免除(日本放送協会放送受信規約)..... | 72 |
| 携帯電話基本使用料等の割引 .....            | 73 |
| 電話番号の無料案内(ふれあい案内).....         | 73 |
| 点字郵便物の無料扱い .....               | 74 |
| 青い鳥郵便はがきの無料配布 .....            | 74 |
| ⑭資金の貸付                         |    |
| 生活福祉資金貸付制度 .....               | 75 |
| ⑮意思疎通支援・情報                     |    |
| 手話通訳者の派遣.....                  | 76 |
| 手話奉仕員養成研修.....                 | 76 |
| 声の広報の発行 .....                  | 77 |
| ⑯選挙                            |    |
| 点字投票 .....                     | 78 |
| 郵便等による不在者投票 .....              | 78 |
| 郵便等による不在者投票(代理記載).....         | 79 |
| ⑰就労                            |    |
| 職業相談・職業紹介・職場定着指導 .....         | 80 |
| 職場適応訓練 .....                   | 80 |
| 職業訓練 .....                     | 81 |
| 事業主への助成 .....                  | 81 |
| ⑱シンボルマーク                       |    |
| 身体障がい者標識(車表示用).....            | 82 |
| 聴覚障がい者標識(車表示用).....            | 82 |
| ⑲相談支援                          |    |
| 相談支援事業(地域生活支援事業).....          | 83 |
| 障がい者虐待相談 .....                 | 83 |

## 5 その他

- (1) 主な関係機関 ..... 85
  - 壱岐市における施設等の状況 ..... 86
- (2) 障がい者関係団体 ..... 87
- (3) 障がい者相談員名簿 ..... 87
- (5) 身体障がい者等級表 ..... 88～89
- (6) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準 ..... 90～91
- (7) 障害者総合支援法対象疾病一覧(332疾病一覧) ..... 92～93

## 6 さくいん ..... 94

## 障がい者に関するマーク

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p><b>障がい者のための国際シンボルマーク</b></p> <p>障がいのある方が容易に利用できる建物・施設であることを明確に示す国際シンボルマークです。</p> |                                                                               |
|                                                                                     | <p>問<br/>合<br/>わ<br/>せ<br/>先</p>                                                    | <p>財団法人<br/>日本障害者リハビリテーション協会</p> <p>TEL:03-5273-0601<br/>FAX:03-5273-1523</p> |
|  | <p><b>盲人のための国際シンボルマーク</b></p> <p>視覚障がいのある方の安全やバリアフリーに考慮された建物、設備、機器などにつけられています。</p>  |                                                                               |
|                                                                                     | <p>問<br/>合<br/>せ<br/>先</p>                                                          | <p>社会福祉法人 日本盲人福祉委員会</p> <p>TEL:03-5291-7885<br/>FAX:03-5291-7886</p>          |

1 身体障害者手帳  
療育手帳  
精神障害者保健福祉手帳

# 身体障害者手帳の交付等について

身体障害者手帳は、目・耳・口・手足・体幹又は内部（心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能・肝臓）などに一定程度の永続する障がいのある方に対して身体障害者福祉法の規定に基づき、その障がいの程度に応じて1～6級までの等級により交付されるものです。

☆手続きはすべて市民福祉課、もしくは各支所市民生活班で受け付けます。（☎48-1116）

●手続きは代理の方で行うことができます。

| 申請内容                             | 申請に必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 備 考                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体障害者手帳を申請 するとき                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳交付申請書</li> <li>○身体障害者診断書・意見書等</li> <li>○写真（備考欄をご覧ください。）</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○申請書、診断書・意見書等の様式は市民福祉課にあります。</li> <li>○診断書、意見書は指定医師による記入が必要です。指定医師については市民福祉課にお尋ねください。</li> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。（原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの）</li> </ul> |
| 新たに別の障がいが出た、または現在の障がいの程度が重くなったとき | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳交付申請書</li> <li>○身体障害者診断書・意見書等</li> <li>○写真（備考欄をご覧ください。）</li> <li>○身体障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |
| 手帳を破損または紛失したとき（再交付）              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳交付申請書</li> <li>○身体障害者診断書・意見書等</li> <li>○写真（備考欄をご覧ください。）</li> <li>○身体障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 代理の場合は以下のものがが必要です。<br/> ○代理の方の印鑑<br/> ○代理の方の身分を証明するもの </div> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真申請時から1年以内に撮った未使用のもの</li> </ul>                                                                                                               |
| 市外から名古屋市に住所がかわったとき               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳県外転入届（または身体障害者手帳変更届）</li> <li>○身体障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○手帳の内容や等級によっては健康保険証などが必要になることがありますので市民福祉課にお尋ねください。</li> <li>○住民票は不要ですが、転入手続きを済ませてから手続きしてください。</li> </ul>                                                        |
| 市内で住所または氏名が変わったとき                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳変更届</li> <li>○身体障害者手帳</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○住民票は不用ですが、転居等の手続きをすませてから手続きをしてください。</li> </ul>                                                                                                                 |
| 障害等級に該当なくなったときや亡くなられたとき          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体障害者手帳返還届</li> <li>○身体障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○住民票や死亡診断書は不要です。</li> <li>○亡くなられた場合、手当を受給されていた方は別の手続きが必要ですのでお尋ねください。</li> <li>○福祉医療費受給者証等の資格証については名古屋市市民福祉課に返還してください。</li> </ul>                                |
| 名古屋市外に転出したとき                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>○詳しくは転出先の市町村でお尋ねください。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉医療費受給者証等の資格証については名古屋市市民福祉課に返還してください。</li> <li>○施設入所による転出の場合、届出が不要場合があります。</li> </ul>                                                                         |

# 療育手帳の交付等について

療育手帳は、知的障がい児(者)に対して一貫した指導、相談、各種のサービスを受けやすくするために、長崎県佐世保こども・女性・障害者支援センターの判定に基づき県知事が交付します。障がいの程度によりA1、A2、B1、B2の4段階に分けられています。知的障がいの程度判定は、発達障がいや、介護及び身体障がいの程度等を総合的に判断して、長崎県佐世保こども・女性・障害者支援センターが行います。

☆手続きはすべて市民福祉課、もしくは各支所市民生活班で受け付けます。(☎48-1116)

●手続きは代理の方で行うことができます。

| 申請内容                         | 申請に必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 備 考                                                                                                                                                |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療育手帳を申請するとき                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳交付申請書</li> <li>○療育手帳交付・再判定申請時調査票</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○申請書は市民福祉課にあります。</li> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。(原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの)</li> </ul>                  |
| 障がいの程度が変化したとき、または次の判定時期が来たとき | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳再判定申請書</li> <li>○療育手帳交付・再判定申請時調査票</li> <li>○療育手帳</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                    |
| 手帳を破損または紛失したとき<br>(再交付)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳再判定申請書</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> <li>○療育手帳(汚損の場合のみ)</li> </ul> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-left: 10px;"> 代理の場合は以下のものがが必要です。<br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○代理の方の印鑑</li> <li>○代理の方の身分を証明するもの</li> </ul> </div> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。(原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの)</li> </ul>                                            |
| 県外から壱岐市内に住所が変わったとき           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳交付申請書</li> <li>○療育手帳交付・再判定申請時調査票</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> <li>○療育手帳</li> <li>○申立書</li> </ul>                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。(原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの)</li> <li>○住民票は不要ですが、転入手続きを済ませてから手続きしてください。</li> </ul> |
| 県内から壱岐市内に住所が変わったとき           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳記載事項変更届</li> <li>○療育手帳</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○手帳の内容や等級によっては健康保険証などが必要になることがありますので市民福祉課にお尋ねください。</li> <li>○住民票は不要ですが、転入手続きを済ませてから手続きしてください。</li> </ul>    |
| 市内で住所または氏名が変わったとき            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳記載事項変更届</li> <li>○療育手帳</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○住民票は不要ですが、転居等の手続きを済ませてから手続きをしてください。</li> </ul>                                                             |
| 障がい程度に該当しなくなったときや、亡くなられたとき   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳返還届</li> <li>○療育手帳</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉医療費受給者証等の資格証については壱岐市市民福祉課に返還してください。</li> <li>○亡くなられた場合、手当を受給されていた方は別の手続きが必要ですのでお尋ねください。</li> </ul>       |
| 県外に転出するとき                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○療育手帳返還届</li> <li>○療育手帳</li> <li>○印鑑</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉医療費受給者証等の資格証については壱岐市市民福祉課に返還してください。</li> <li>○転出先の市町村で改めて手続きが必要です。</li> </ul>                            |
| 県内の市外に転出するとき                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○詳しくは転出先の市町村でお尋ねください。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉医療費受給者証等の資格証については壱岐市市民福祉課に返還してください。</li> </ul>                                                           |

# 精神障害者保健福祉手帳の交付等について

精神障害者保健福祉手帳とは、精神障がいのために長期にわたり日常生活又は社会生活に制限を受ける方に対し、県知事が交付します。

手帳を持つことにより、各種の支援が受けやすくなることを目的としており、障害の程度により1～3級に分けられています。

☆手続きはすべて市民福祉課、もしくは各支所市民生活班で受け付けます。(☎48-1116)

●手続きは代理の方で行うことができます。

手続きに必要な申請書等の書類は、市民福祉課にあります。

| 申請内容                    | 申請に必要なもの                                                                                                                                                                                                 | 備 考                                                                                                                                                             |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手帳を申請するとき               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○障害者手帳申請書</li> <li>○診断書(精神障害者保健福祉手帳用)<br/>または障害年金証書・年金振込通知書(ハガキ)、同意書</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー(個人番号)が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○自立支援医療(精神通院)を同時に申請することができます。詳しくはお詳しくはお尋ねください。</li> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。(原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの)</li> </ul> |
| 手帳の有効期限を更新するとき          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○障害者手帳申請書</li> <li>○診断書(精神障害者保健福祉手帳用)<br/>または障害年金証書・年金振込通知書(ハガキ)、同意書</li> <li>○障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー(個人番号)が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○手帳の有効期限は2年です。更新は再認定が必要です。有効期限の3ヶ月前から手続きができます。</li> </ul>                                                                |
| 住所や氏名が変わったとき            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー(個人番号)が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                 |                                                                                                                                                                 |
| 手帳を破損または紛失したとき<br>(再発行) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書</li> <li>○写真(備考欄をご覧ください。)</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー(個人番号)が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○たて4cm、よこ3cmの本人の顔写真が1枚必要です。(原則として申請時から1年以内に撮った未使用のもの)</li> </ul>                                                         |
| 障害等級に該当しなくなったときや亡くなったとき | <ul style="list-style-type: none"> <li>○障害者手帳返還届</li> <li>○障害者手帳</li> <li>○印鑑</li> <li>○マイナンバー(個人番号)が確認できる通知カード又は個人番号カード</li> </ul>                                                                      |                                                                                                                                                                 |

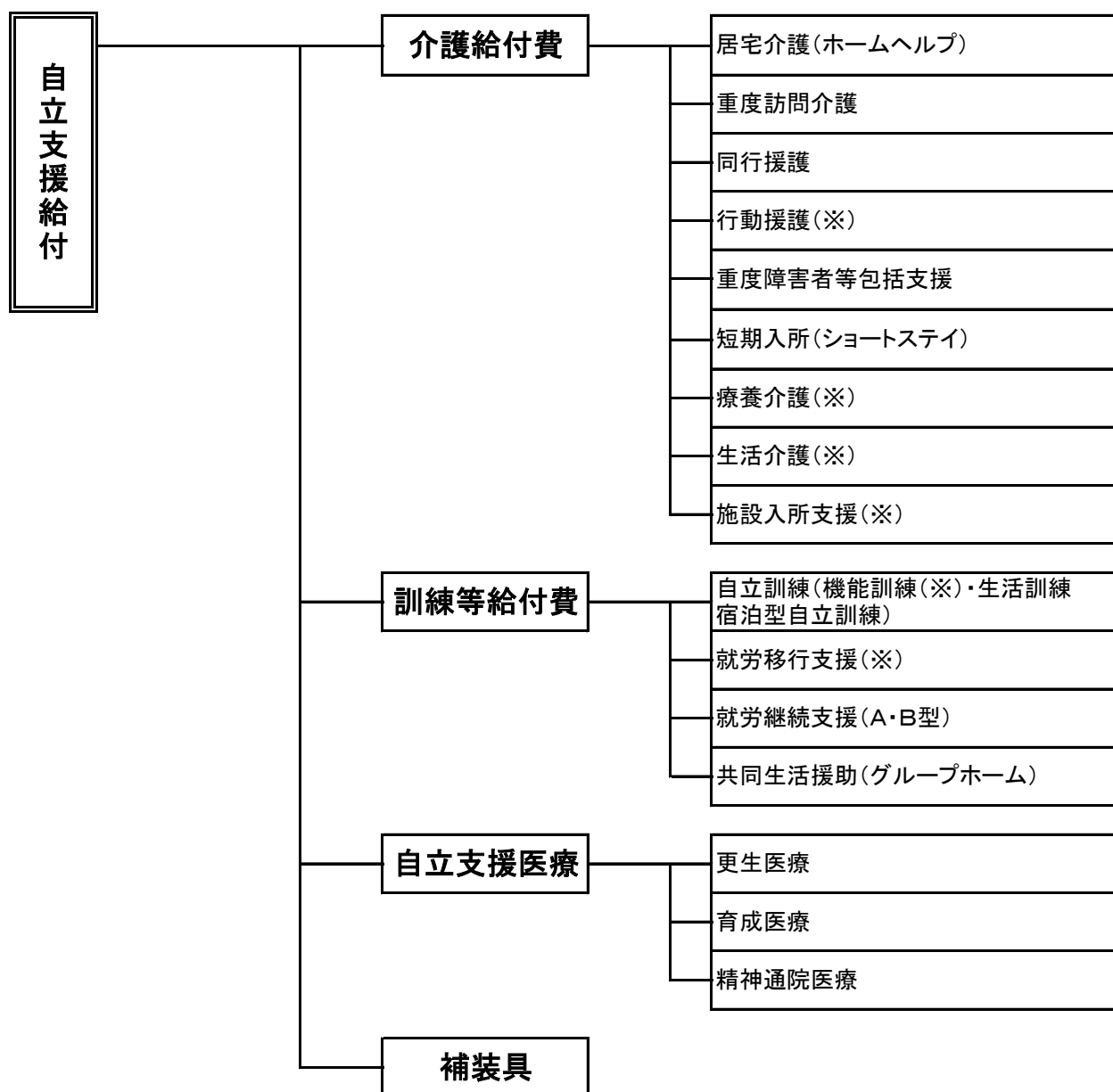
## 2 障害者総合支援法について

## (1) 障害者総合支援法・児童福祉法

- 障害者総合支援法によるサービスは、自立支援給付と地域生活支援事業からなっています。自立支援給付は全国一律のサービスで、介護給付や訓練等給付からなる障がい福祉サービスと自立支援医療、補装具があります。

地域生活支援事業は、地域の実情に応じて行うサービスで、市町村による相談支援、日常生活用具、移動支援、地域活動支援センターなどの事業や、都道府県が行う広域的な事業があります。また、児童福祉法による障がい児を対象としたサービスは、障害児通所支援があり、その中に児童発達支援や放課後等ディサービス等があります。

### 【自立支援システムの全体像】

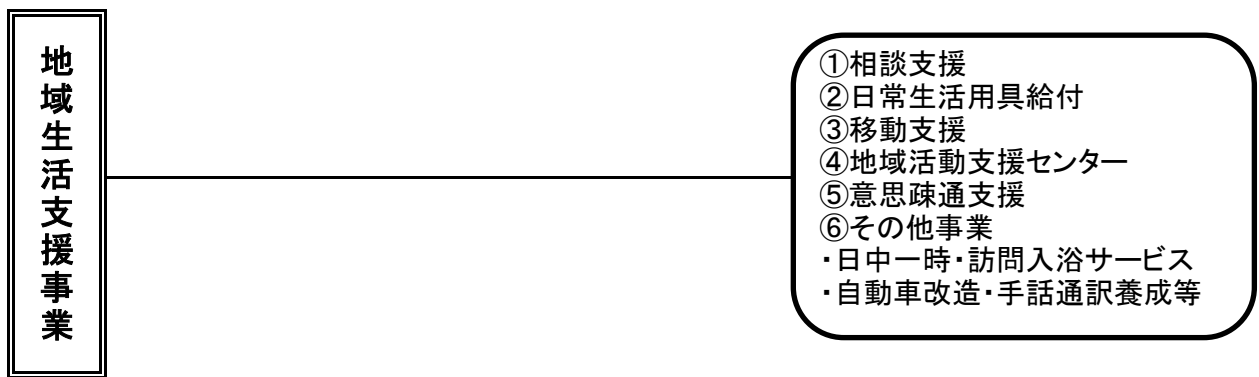


（※）……市内にサービス提供事業所がない事業になります。

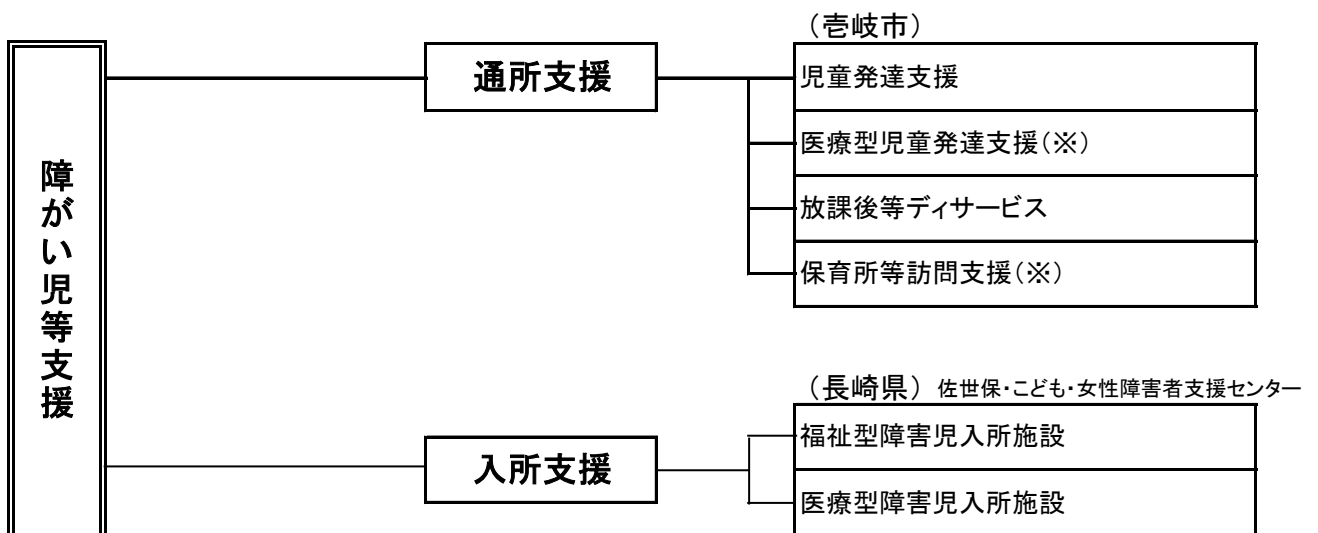
注……継続してサービスを利用したい場合は、更新手続きが必要となります。

①利用者負担月額について（年1回）

②福祉サービスについて（隔年）



【児童福祉法】



(※).....市内にサービス提供事業所がない事業になります。

## (2) 自立支援給付

### ① 障がい福祉サービス

#### ● 介護給付

介護保険の対象者については、利用したいサービスと同様のものが介護保険にあれば、介護保険サービス優先となります。

障害支援区分欄の記号 ○: 利用可 △: 条件つき利用可 ×: 利用不可

※条件つき利用可につきましては、市民福祉課にお尋ねください。(☎48-1116)

|                  |                                                                                                                                                   |                                                                                                   |     |     |     |     |     |     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 居宅介護<br>(ホームヘルプ) | 区分                                                                                                                                                | 対象となる障害支援区分                                                                                       |     |     |     |     |     |     |
|                  |                                                                                                                                                   | 非該当                                                                                               | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                  |                                                                                                                                                   | ×                                                                                                 | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   |
| サービス内容           |                                                                                                                                                   | 居宅における入浴、排せつ、食事の介護などのサービスを提供します。<br>ただし、身体介護を伴う通院等介助を利用する場合は、区分2以上など諸要件を満たさないと利用できません。            |     |     |     |     |     |     |
| 重度訪問介護           | 区分                                                                                                                                                | 対象となる障害支援区分                                                                                       |     |     |     |     |     |     |
|                  |                                                                                                                                                   | 非該当                                                                                               | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                  |                                                                                                                                                   | ×                                                                                                 | ×   | ×   | ×   | △   | △   | △   |
|                  | サービス内容                                                                                                                                            | 重度の肢体不自由者又は重度知的障がいもしくは精神障がいにより著しい行動障害を伴う障がい者で、常に介護を必要とする方に対して、ホームヘルプや外出時の移動中の介護を総合的に行うサービスを提供します。 |     |     |     |     |     |     |
| 条件               | 1. 次のいずれにも該当する者<br>①二肢以上に麻痺等があること。<br>②支援区分認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも支援が不要以外と認定されていること。<br>2. 次に該当する者<br>支援区分認定調査項目のうち、行動関連項目の合計点が10点以上であること。 |                                                                                                   |     |     |     |     |     |     |
| 同行援護             | 区分                                                                                                                                                | 対象となる障害支援区分                                                                                       |     |     |     |     |     |     |
|                  |                                                                                                                                                   | 非該当                                                                                               | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                  |                                                                                                                                                   | △                                                                                                 | △   | △   | △   | △   | △   | △   |
|                  | サービス内容                                                                                                                                            | 視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等に、外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、外出する際に必要な援護等のサービスを提供します。                      |     |     |     |     |     |     |
| 条件               | ○同行援護アセスメント調査によって対象となる方<br>○身体介護を伴う場合については、障害支援区分2以上など諸要件を満たす方                                                                                    |                                                                                                   |     |     |     |     |     |     |

障害支援区分欄の記号                      ○:利用可                      △:条件つき利用可                      ×:利用不可  
 ※条件つき利用可につきましては、市民福祉課にお尋ねください。(☎48-1116)

対象となる障害支援区分

| 区分 | 非該当 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | ×   | ×   | ×   | △   | △   | △   | △   |

知的障がい又は精神障がいにより、行動上著しい困難があり、常時介護を必要とする方が対象となります。行動の際における危険を回避するための援護や、外出時の移動中の介護などのサービスを提供します。

支援区分認定調査項目のうち、行動関連項目等の合計点数が10点以上あること。

対象となる障害支援区分

| 区分 | 非該当 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | ×   | ×   | ×   | ×   | ×   | △   | △   |

長期入院による医療を必要とする障がい者で、かつ常時介護を必要とする方が対象となります。主に昼間、病院その他の施設などで行われる機能訓練、医学的管理の下での療養上の管理、看護などの医療的ケアや日常生活上のサービスを提供します。

○筋ジストロフィー患者または、重症心身障害者であって障害支援区分5以上の方  
○筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸により呼吸管理されている障がい支援区分6の方

対象となる障害支援区分

| 区分 | 非該当 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | ×   | ×   | △   | ○   | ○   | ○   | ○   |

常時介護を必要とする方が対象となります。主に昼間、障がい者支援施設などで行われる入浴、排せつ、食事の介護や創作活動又は生産活動の機会などのサービスを提供します。

○50歳以上は障害支援区分2以上の方(施設入所の場合は障害支援区分3以上)  
○障害支援区分3以上の方(施設入所の場合は障害支援区分4以上)

# ●介護給付

介護給付の対象者については、利用したいサービスと同様のものが介護保険にあれば、介護保険サービスが優先となります。

障害支援区分欄の記号

○:利用可

△:条件つき利用可

×:利用不可

※条件つき利用可につきましては、市民福祉課にお尋ねください。(☎48-1116)

※条件として利用可能とはしてはならず、市式福祉施設にのみ対応いたします。(2018.1.1現在)

|                   |        |                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |
|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 短期入所<br>(ショートステイ) | 区分     | 対象となる障害支援区分                                                                                                                                   |     |     |     |     |     |
|                   | 非該当    | 区分1                                                                                                                                           | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                   |        | ×                                                                                                                                             | ○   | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                   | サービス内容 | 介護者が病気の場合などの理由により、障害者支援施設等へ短期間の入所が必要な方を対象に、入浴、排せつ、食事の介護などのサービスを提供します。                                                                         |     |     |     |     |     |
| 重度障害者等<br>包括支援    | 区分     | 対象となる障害支援区分                                                                                                                                   |     |     |     |     |     |
|                   | 非該当    | 区分1                                                                                                                                           | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                   |        | ×                                                                                                                                             | ×   | ×   | ×   | ×   | ○   |
|                   | サービス内容 | 常時介護を必要とする方で、意思疎通を図ることが著しく困難な者のうち、四肢麻痺や寝たきり、知的・精神障がいに伴う著しい行動障害など必要な支援が著しく高い方を対象とし、居宅介護をはじめとする福祉サービスを包括的に提供します。<br>対象者の方の状態像によって、Ⅰ～Ⅲ類型に分類されます。 |     |     |     |     |     |
| 施設入所支援            | 区分     | 対象となる障害支援区分                                                                                                                                   |     |     |     |     |     |
|                   | 非該当    | 区分1                                                                                                                                           | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|                   | ×      | △                                                                                                                                             | △   | △   | ○   | ○   | ○   |
|                   | サービス内容 | 施設入所に対し、主に夜間において、入浴、排せつ、食事の介護などのサービスを提供します。                                                                                                   |     |     |     |     |     |
|                   | 条件     | ○生活介護を受けている方で、障害支援区分4以上の方(50歳以上は障害支援区分3以上)<br>○地域におけるサービス提供体制などやむを得ない事情により、通所により自立訓練または就労移行支援を受けることが困難な方                                      |     |     |     |     |     |

## ●訓練等給付

介護保険の対象者については、利用したいサービスと同様のものが介護保険にあれば、介護保険サービスが優先となります。

| サービス種類・内容           | 区分                                                                                                                                                | 対象障害支援区分                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |     |     |     |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|                     |                                                                                                                                                   | 非該当                                                                                                                                                                                                                                           | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 |
|                     | 【障害支援区分の認定を受けていない方も利用できます。】                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |
|                     | 自立訓練                                                                                                                                              | ○機能訓練<br>身体障がい者や難病等対象者に対して、定められた期間、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションなど必要な訓練等を提供します。<br>○生活訓練<br>知的障がい者や精神障がい者に対して、定められた期間、食事や排せつなど生活能力の向上のために必要な訓練等を提供します。<br>○宿泊型自立訓練<br>知的障がい者や精神障がい者に対して、定められた期間、家事等の日常生活能力や社会生活能力を向上させるため、宿泊を伴った支援等により必要な訓練を提供します。 |     |     |     |     |     |
| 就労移行支援              | 一般企業への就労を希望する65歳未満の方に、定められた期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を提供します。                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |
| 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の提供や、知識及び能力の向上のために必要な訓練を提供します。<br>A型・・・雇用契約に基づき、継続的に就労が可能な65歳未満の方<br>B型・・・就労経験がある方で一般企業の雇用に結びつかない方や、就労移行支援を利用した結果、B型利用が適当と判断された方 |                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |
| （グループホーム）<br>共同生活援助 | 地域での共同生活を営む方を対象に、主に夜間において、共同生活を営む住居で相談その他の日常生活上の援助を提供します。                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |     |     |

# ●相談支援サービス

困りごとの相談や、サービスを利用する際の利用計画作成の支援を受けることができます。

長崎県および壱岐市の指定を受けた相談支援事業所の相談支援専門員が相談に応じます。

※ 相談支援専門員とは、相談支援事業所で働く相談員で、障がいのある方の支援や計画作成について研  
受けた人です。

|                    |        |                                                                                                                                                                                             |
|--------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 計画相談支援<br>(障がい児・者) | 対象者    | 障がい福祉サービスを利用する方で次のような方<br>○サービスの利用が初めてでよくわからないなど、サービス事業所を選ぶのが難しい方<br>○サービスの利用や日常生活について、継続して相談したい方                                                                                           |
|                    | サービス内容 | 相談支援専門員が困っていることや利用したいサービス、生活の希望や目標などについて話し合い、サービス等利用計画を立てるお手伝いをします。                                                                                                                         |
|                    | 手続き    | 相談支援専門員に計画の作成を依頼することになります。サービスをどのように利用するかを記載したサービス等利用案を市民福祉課へ提出します。<br>※ 現在、障がい福祉サービスを利用する全ての方に対し、利用計画案を作成することが必須となっています。                                                                   |
| 地域移行支援             | 対象者    | 障がい者施設入所または精神科病院に入院(概ね1年以上)している方で、地域生活への移行を希望される方                                                                                                                                           |
|                    | サービス内容 | 相談支援専門員などが、地域での生活や活動の希望などをお聞きしながら相談に応じます。具体的には、住む場所等と一緒に探したり、施設や病院から一緒に外出するなどの支援をします。                                                                                                       |
|                    | 利用期間   | 6カ月以内(地域へ移行できると見込まれる場合は延長もあります。)                                                                                                                                                            |
| 地域定着支援             | 対象者    | 地域生活を続けるために、特に相談や支援の必要な、次のような方<br>○地域で一人暮らしをしていて、緊急時の支援が受けられない方<br>○家族と一緒に暮らしていても家族に障がいや病気があり支援を受けられない方<br>○病院や施設を出て地域での生活を始めた方や、実家から自立し一人暮らしを始めた方<br>※ グループホーム・宿泊型自立訓練施設に入居している方は対象になりません。 |
|                    | サービス内容 | 相談支援専門員などが常時の連絡体制を確保し、緊急時の相談等必要な支援をおこないます。                                                                                                                                                  |
|                    | 利用期間   | 1年以内(必要に応じて延長もあります。)                                                                                                                                                                        |

●障がい児等通所支援サービス(児童福祉法)

|           |        |                                                                                |
|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 児童発達支援    | 対象者    | 療育の必要性が認められた未就学の児童                                                             |
|           | サービス内容 | 日常生活における基本的な動作や、知識・技能を教えたり、集団生活への適応訓練などを行います。                                  |
| 医療型児童発達支援 | 対象者    | 肢体不自由又は体幹に障害がある児童で理学療法等の機能訓練、または医学的管理の下での支援が必要と認定された児童                         |
|           | サービス内容 | 治療及び児童発達支援を行います。                                                               |
| 放課後デイサービス | 対象者    | 就学中の障がいのある児童、生徒                                                                |
|           | サービス内容 | 放課後または夏休みなど長期休業日に支援や療育が必要と認められた児童・生徒で生活能力向上のために必要な訓練、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。 |
| 保育所等訪問支援  | 対象者    | 幼稚園・保育所・小学校等に通う障がい児、または今後、幼稚園・保育所・小学校等に通う予定の障がい児                               |
|           | サービス内容 | 幼稚園・保育所・小学校等における集団生活への適応のため、専門的な支援を行います。                                       |

●障がい児通所入浴支援（吉岐市の独自事業）

|                |        |                                                                                                                                                                                 |
|----------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 吉岐市障害児通所入浴サービス | 対象者    | <p>児童福祉法上の放課後等デイサービス事業を利用している者のうち、身体障害者手帳1級または2級を所持している者及び、療育手帳A1またはA2を所持している者で、家庭において家族等の介護だけでは入浴が困難な者。</p> <p>※ただし、福祉施設に入所または医療機関に入院している者及び感染症の疾病を有し、他の者に感染させるおそれのある者は除く。</p> |
|                | サービス内容 | <p>吉岐市社会福祉協議会郷ノ浦事業所内にて、入浴サービスを行います。</p>                                                                                                                                         |

## ②障がい福祉サービスを利用したときにかかる費用

原則として、サービスにかかった費用の1割と施設での食費や光熱水費などの実費を負担することになります。所得に応じて負担上限額が設定され、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※利用者負担の認定を受けるには、市民福祉課に申請書の提出が必要です。

### ●利用者負担の軽減

| 利用者  | ホームヘルプ                      | 通所サービス |         | 施設入所                     | 療養介護サービス |
|------|-----------------------------|--------|---------|--------------------------|----------|
| 定率負担 | 利用者負担の負担上限月額認定(所得段階別)※1     |        |         |                          | 医療型個別減免  |
|      | 高額障がい福祉サービス費(世帯での所得段階別負担上限) |        |         |                          |          |
|      |                             |        |         |                          |          |
| 定率負担 |                             | 食費の軽減  | 家賃の一部助成 | 補足給付費<br>(食費・光熱水費の負担を軽減) |          |

※1世帯収入による利用者負担額

#### 【利用するサービス別の利用者負担上限月額】

| 区分   | 世帯の収入状況                                                                  | ホームヘルプ・通所サービス |         | グループホーム | 施設入所(20歳以上) | 施設入所(18・19歳)          | 療養介護サービス  |         |
|------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|---------|-------------|-----------------------|-----------|---------|
|      |                                                                          | 障がい者          | 障がい児    |         |             |                       |           |         |
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                                                 | 0円            | 0円      | 0円      | 0円          | 0円                    | 0円        |         |
| 低所得  | 市長村民税非課税世帯                                                               | 0円            | 0円      | 0円      | 0円          | 0円                    | 所得額80万円未満 | 15,000円 |
|      |                                                                          |               |         |         |             |                       | 所得額80万円以上 | 24,000円 |
| 一般1  | 障がい者：<br>市町村民税課税世帯<br>で所得割16万円未満<br><br>障がい児：<br>市町村民税課税世帯<br>で所得割28万円未満 | 9,300円        | 4,600円  | 37,200円 | 37,200円     | 9,300円<br>(所得割28万円未満) | 40,200円   |         |
| 一般2  | その他の世帯                                                                   | 37,200円       | 37,200円 |         |             | 37,200円               |           |         |

○障がい福祉サービスの負担上限月額は、世帯の市町村民税状況により設定され、ひと月に利用したサービスにかかわらず、それ以上の負担は生じません。

○世帯の範囲は、利用者の年齢によって異なります。

- ・18歳以上の場合(障がい者)・・・本人と配偶者のみ
- ・18歳未満の場合(障がい児)・・・住民基本台帳での世帯全員
- ・18・19歳の施設入所支援利用者・・・保護者の属する住民基本台帳での世帯

## 障がい福祉サービスを受けるまでの流れ

◆ 障がい福祉サービスを受けるためには、サービスの種類や利用量が定められた「受給者証」の交付手続きが必要です。

### ① 相談

受けたいサービスや生活での困りごとがある場合は、相談支援事業所や指定特定相談支援事業所に相談してください。障がい福祉サービスの利用が必要とされる場合は、市に申請をします。

### ② 申請

市に申請を行い内容を確認し、必要に応じて区分認定調査員が本人の心身の状況や生活環境などについて聞き取り調査をする障害支援区分認定調査を行ないます。

#### 障害支援区分認定調査

障害支援区分を判定するため、申請者及び保護者等と面接をし、認定調査(80項目)実施

#### 医師意見書

#### 二次判定(障害支援区分認定審査会)

#### 結果通知(審査会→市民福祉課)

地域相談支援や訓練等給付、児童支援など障害支援障害区分認定が不要なサービスの場合  
※訓練等給付を利用する場合でも認定調査は必要です。

### ③ サービス等利用計画案の作成

指定特定相談支援事業者と契約を結び、サービス等利用計画案の作成を依頼します。相談支援専門員がアセスメントの状況を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせや支援の方針等を取り決めた(サービス等利用)計画案を市に提出します。

### ④ 決定・交付

サービス等利用計画案や申請内容等を参考に、サービスの種類や利用量、モニタリング期間等が決定され、受給者証が交付されます。

### ⑤ 事業者と契約

利用するサービス事業者と契約を結びます。

### ⑥ サービスの利用開始

契約に基づき、サービスの利用を開始します。事業所では、専門員が作成したサービス等利用計画に基づきサービスが提供されます。

### ⑦ モニタリング

相談支援専門員が、定期的に環境の変化やサービスの提供状況などを検証するためのモニタリングを行い、必要に応じて、申請の変更を行ないます。

### ③自立支援医療

自立支援医療とは、「更生医療」「育成医療」「精神通院医療」にかかる自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。

#### 「更生医療」

18歳以上の身体障害者手帳の交付を受けた方が対象です。  
身体障がい軽減して日常生活を容易にするための医療です。

#### 「育成医療」

18歳未満の児童で、特定の疾患を持つ方が対象です。  
身体障がい軽減して、生活能力を得るための医療です。

#### 「精神通院医療」

精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に必要な方が対象です。  
精神障がい及びその精神障がいによって生じた病態に対して、入院しないで行われる医療です。

### ●利用者負担の仕組み

医療費の定率1割が利用者の負担となります。  
ただし、所得に応じて、ある一定金額の「月額負担上限」が設定されています。

| 所得区分     | 一定所得以下 |                |               | 中間所得層                  |                    | 一定所得以上        |
|----------|--------|----------------|---------------|------------------------|--------------------|---------------|
|          | 生活保護世帯 | 市町村民税非課税世帯     |               | 市町村民税(所得割)世帯           |                    | 市町村民税(所得割)    |
|          | 生活保護   | 本人収入<br>80万円以下 | 本人収入<br>80万円超 | 3万3千円未満                | 3万3千円～<br>23万5千円以上 | 23万5千円以上      |
| 自己負担上限月額 | 0円     | 2,500円         | 5,000円        | 1割負担<br>育成医療の経過措置(※2)  |                    | 対象外<br>(3割負担) |
|          |        |                |               | 5,000円                 | 10,000円            |               |
|          |        |                |               | 高額治療継続者「重度かつ継続」に該当(※1) |                    |               |
|          |        |                |               | 5,000円                 | 10,000円            | 20,000円(※2)   |

※1 高額治療継続者(「重度かつ継続」)の範囲については、次の基準で定められています。

①疾病、症状等から対象となる方

「更生医療・育成医療」・・・腎臓機能、躁うつ機能、小脳機能または免疫機能・心臓機能障害  
心臓移植後の抗免疫療法に限る)の方

「精神通院医療」・・・統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害  
若しくは薬物関連障害(依存症等)の方または集中・継続的な医療  
を要するとして精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方

②疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる場合です。過去1年間に、医療保険上の自己負担限度額を超えて既に3回以上高額療養費を受給した方が対象となります。

※2 平成27年3月31日までの経過的特例です(育成医療の経過的特例については、市民福祉課へお尋ねください。)

### ●入院時の食費(標準負担額)は自己負担となります。

一定の所得がある場合でも、医療上の必要から継続的に相当額の医療費負担がある場合に、食費等負担を軽減する仕組みがあります。

※詳しくはご加入の医療保険機関にお尋ねください。

#### ④補装具

事前の申請により、補装具の購入・修理が必要と認められるときは、購入または修理費用について、補装具費の支給が受けられます。利用者負担額は原則として補装具の購入または修理にかかる費用の1割ですが、世帯の収入により減額される場合があります。

※ 月額負担上限額が、補装具費の支給を希望する障がい者ご本人の属する世帯の収入に応じて、設定されているため、月額負担上限額を超えることはありません。

| 区 分             | 月額負担上限額 |
|-----------------|---------|
| 生活保護(生活保護世帯)    | 0円      |
| 低所得(市町村民税非課税世帯) | 0円      |
| 一般(市町村民税課税世帯)   | 37,200円 |

※ 補装具については、世帯員いずれかの市町村民税所得割の額が46万円以上の世帯の方は、制度の対象外となります。

### (3) 地域生活支援事業

障がいのある方が、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、地域の特性や本人の状況に応じ、柔軟な形態により事業を計画的に実施する事業です。

#### 【事業の内容】

- 相談支援事業（サービスの詳しい内容はP83をご覧ください。）  
一般的な相談支援や障がい福祉サービス利用援助等の必要な支援を行います。
- 地域活動支援センター（サービスの詳しい内容はP51をご覧ください。）  
創作的な活動や生産活動、社会との交流促進など多様な活動の場を設けます。
- 意思疎通支援（サービスの詳しい内容はP76をご覧ください。）  
手話通訳者等を派遣する事業などを行います。
- 日常生活用具の給付事業（サービスの詳しい内容はP42～P50をご覧ください。）  
日常生活の利便を図るための用具を給付します。
- 移動支援事業（サービスの詳しい内容はP51をご覧ください。）  
外出時の円滑な移動を支援します。
- 日中一時支援事業（サービスの詳しい内容はP52をご覧ください。）  
家族が介護できない場合に、一時保護を目的として日中の見守り等の支援を行います。
- 訪問入浴サービス（サービスの詳しい内容はP52をご覧ください。）  
ご家庭において入浴が困難な方に対して、入浴サービスを行います。
- 自動車運転免許取得・改造費助成（サービスの詳しい内容はP65をご覧ください。）  
対象となる身体障がい者に対して、助成を行います。
- 入院時コミュニケーション支援事業（サービスの詳しい内容はP53をご覧ください。）  
意思疎通が困難で、介護者がいない重度の障がい者が医療機関に入院する場合にコミュニケーション支援員を派遣します。
- 障害者（児）等交通費助成（サービスの詳しい内容はP64をご覧ください。）  
市外障害者支援施設等へ入所している障がい者等への面会・帰省等にかかる交通費の助成を行います。
- 手話奉仕員養成研修事業（入門編・基礎編）P76  
聴覚障がい者等の社会参加と交流活動の促進を図るため、基礎的な手話表現技術を習得した手話奉仕員を養成します。

### (4) 障がい児施設支援（入所、通所）

障がい児通所支援（児童発達支援、放課後デイサービス、保育所等訪問支援）、障がい児入所支援を行っています。

障がい児の保護者は、通所施設の利用は市に、入所施設の利用は県に支給申請を行い、支給決定を受けた後、利用する施設と契約を結びます。なお、満18歳に達した場合は、原則障がい者施策による対応となりますので、別途手続が必要です。

※ 詳しくは、壱岐市こども家庭課もしくは佐世保こども・女性・障害者支援センターにお尋ねください。

## 障がい者に関するマーク

|                                                                                    |                                                                                           |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p><b>耳マーク</b></p> <p>聞こえが不自由なことを表すマークです。耳の不自由な方が自己表現するために考えられました。</p>                    |                                                                                            |
|                                                                                    | <p>問い合わせ先</p>                                                                             | <p>社団法人<br/>全日本難聴者・中途失聴者団体連合会</p> <p>TEL: 03-3225-5600<br/>FAX: 03-3354-0046</p>           |
|  | <p><b>ほじょ犬マーク</b></p> <p>身体障がい者補助犬同伴の啓発のためのマークです。デパートやスーパーなどの民間施設でも補助犬が同伴できるようになりました。</p> |                                                                                            |
|                                                                                    | <p>問い合わせ先</p>                                                                             | <p>厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部<br/>企画課自立支援振興室</p> <p>TEL: 03-5253-1111(代)<br/>FAX: 03-3503-1237</p> |

### 3 障害別サービス一覧表

#### 【サービス一覧表の使用方法について】

障害支援区分により利用できるサービスが異なりますので、詳しくは問い合わせ先までお尋ねください。

● ……必ず手帳が必要なサービスです。

■ ……必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

※ 詳しい条件などは下段に書いてあるページをご覧ください。

障害支援区分により利用できるサービスが異なります。障がい福祉課までお尋ねください。

●・・・必ず手帳が必要なサービスです。

■・・・必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

詳しい条件などは下段に書いてあるページをご覧ください。

| サービス    |            | 障害の種別 |         | 級     |       | 手当      |          | 年金等     |        | 医療費の助成        |         | 補装具費（購入・修理）の支給 |       | 住宅           |              | 介護給付           |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|---------|------------|-------|---------|-------|-------|---------|----------|---------|--------|---------------|---------|----------------|-------|--------------|--------------|----------------|---------------|----------|----------|------------|--------------|--------|-------|-------|-------|-------|---------------|
|         |            |       |         |       |       | 特別障害者手当 | 特別児童扶養手当 | 障害児福祉手当 | 障害基礎年金 | 障害厚生年金・障害共済年金 | 特別障害給付金 | 心身障害者扶養共済制度    | 福祉医療  | 自立支援医療（更生医療） | 自立支援医療（育成医療） | 自立支援医療（精神通院医療） | 指定難病・小児慢性特定疾病 | 住宅改修費の助成 | 住宅改修費の助成 | 市営住宅の緩和措置等 | 居宅介護（ホームヘルプ） | 重度訪問介護 | 同行援護  | 行動援護  | 療養介護  | 生活介護  | 短期入所（ショートステイ） |
| 身体障害者手帳 | 視覚         | 1     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 2     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 3     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 4     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 5     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 6     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | 聴覚・平衡機能    | 2     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 3     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 4     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 5     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 6     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 3     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | 肢体不自由      | 1     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 2     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 3     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 4     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 5     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 6     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | 心臓・腎臓呼吸機能等 | 1     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 2     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 3     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         |            | 4     |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
| 療育手帳    | A1         |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | A2         |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | B1         |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | B2         |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
| 精神手帳    | 1          |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | 2          |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
|         | 3          |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
| 難病等     |            |       |         |       |       |         |          |         |        |               |         |                |       |              |              |                |               |          |          |            |              |        |       |       |       |       |               |
| 問合わせ先   |            | 市民福祉課 | 市こども家庭課 | 市民福祉課 | 市民福祉課 | 市民福祉課   | 市民福祉課    | 市民福祉課   | 市民福祉課  | 市民福祉課         | 市民福祉課   | 市民福祉課          | 市岐保健所 | 市民福祉課        | 市民福祉課        | 市民福祉課          | 市民福祉課         | 市民福祉課    | 市民福祉課    | 市民福祉課      | 市民福祉課        | 市民福祉課  | 市民福祉課 | 市民福祉課 | 市民福祉課 | 市民福祉課 |               |
| 頁       |            | 28    | 28      | 29    | 34    | 30      | 30       | 31      | 32     | 32            | 33      | 33             | 34    | 38           | 39           | 40             | 41            | 8        | 8        | 8          | 9            | 9      | 9     | 10    | 10    | 10    |               |

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| サービス    | 障害の種別    | 級 | 訓練等給付      |            |               |        |             |                 | 地域生活支援事業  |       |            |        |          |                |            |          |           |        | 障がい児等支援施設（入所） | 障がい児等支援施設（通所） | 障害児通所入浴サービス | その他の在宅支援   |         |         | 専門相談     | 精神保健   |                  |
|---------|----------|---|------------|------------|---------------|--------|-------------|-----------------|-----------|-------|------------|--------|----------|----------------|------------|----------|-----------|--------|---------------|---------------|-------------|------------|---------|---------|----------|--------|------------------|
|         |          |   | 自立訓練（機能訓練） | 自立訓練（生活訓練） | 自立訓練（宿泊型自立訓練） | 就労移行支援 | 就労継続支援A型・B型 | 共同生活援助（グループホーム） | 日常生活用具の給付 | 移動支援  | 地域活動支援センター | 日中一時支援 | 訪問入浴サービス | 入院時コミュニケーション支援 | 成年後見制度利用支援 | 手話通訳者の派遣 | 手話奉仕員養成研修 | 相談支援事業 | 障がい児等支援施設（入所） | 障がい児等支援施設（通所） | 障害児通所入浴サービス | 訪問看護       | 車いす貸与   | 難病医療相談  | 障がい者虐待相談 | 精神保健   | アルコール依存症者及び家族の相談 |
| 身体障害者手帳 | 視覚       | 1 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        | ●              |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 2 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        | ●              |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 3 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 4 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 5 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 6 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 聴覚・平衡機能  | 2 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 3 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 4 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 5 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 6 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 音声言語     | 3 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 4 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                |            | ●        | ■         | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 肢体不自由    | 1 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 2 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 3 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 4 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 5 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 6 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 心臓・呼吸機能等 | 1 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 2 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 3 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         |          | 4 | ●          | ●          | ●             | ●      | ●           | ●               | ●         | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
| 療育手帳    | A1       |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                | ■          |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | A2       |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                | ■          |          |           | ■      | ■             | ■             | ●           | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | B1       |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               |           | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | B2       |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               |           | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
| 精神手帳    | 1        |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               | ●         | ●     | ■          | ●      | ●        |                | ■          |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 2        |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               |           | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
|         | 3        |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               |           | ●     | ■          | ●      |          |                |            |          |           | ■      | ■             | ■             |             | ■          | ■       |         | ■        |        |                  |
| 難病等     |          |   | ■          | ■          | ■             | ■      | ■           | ■               | ■         | ■     | ■          | ■      | ■        | ■              | ■          | ■        | ■         | ■      | ■             | ■             | ■           | ■          | ■       | ■       | ■        | ■      | ■                |
| 問合わせ先   |          |   | 市民福祉課      | 市民福祉課      | 市民福祉課         | 市民福祉課  | 市民福祉課       | 市民福祉課           | 市民福祉課     | 市民福祉課 | ひまわり       | 市民福祉課  | 市民福祉課    | 市民福祉課          | 市民福祉課      | 市民福祉課    | 市民福祉課     | 市民福祉課  | 市民福祉課         | 市こども家庭課       | 市こども家庭課     | 訪問看護ステーション | 市こども家庭課 | 市こども家庭課 | 市こども家庭課  | 市健康保健課 | 市健康保健課           |
| 頁       |          |   | 11         | 11         | 11            | 11     | 11          | 11              | 42        | 51    | 51         | 52     | 52       | 53             | 53         | 76       | 76        | 83     | 19            | 19            | 14          | 54         | 55      |         | 86       | 83     | 57               |

障害支援区分により利用できるサービスが異なります。市民福祉課までご相談ください。(☎48-1116)

■ または●がついている欄は、条件によりそのサービスが利用できることを表しています。  
 詳しい条件などは下段に書いてあるページをご覧ください

| サービス    |          | 交通費の割引・助成 |      |      |        |        |      |      |               |       |              | 自動車       |              | 税の減免等     |                  |          |                |           | 料金等の割引    |           |               |             |           |             |               |            |      |      |   |
|---------|----------|-----------|------|------|--------|--------|------|------|---------------|-------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------------|----------|----------------|-----------|-----------|-----------|---------------|-------------|-----------|-------------|---------------|------------|------|------|---|
|         |          | J R       | 電車   | バス   | タクシー   | 福祉タクシー | 航空   | 船舶   | 三島旅客船利用運賃一部助成 | 有料道路  | 障害者（児）等交通費助成 | 自動車改造費の助成 | 自動車運転免許取得費助成 | 駐車禁止の除外措置 | 長崎県パーキング・パーミット制度 | 軽自動車税の減免 | 自動車税・自動車取得税の減免 | 所得税の障害者控除 | 住民税の障害者控除 | 相続税の障害者控除 | N H K放送受信料の免除 | 携帯電話基本料金の割引 | 電話番号の無料案内 | 点字等郵便物の無料扱い | 青い鳥郵便はがきの無料配布 | 生活福祉資金貸付制度 |      |      |   |
| 障害の種別   | 級        |           |      |      |        |        |      |      |               |       |              |           |              |           |                  |          |                |           |           |           |               |             |           |             |               |            |      |      |   |
|         |          |           |      |      |        |        |      |      |               |       |              |           |              |           |                  |          |                |           |           |           |               |             |           |             |               |            |      |      |   |
| 身体障害者手帳 | 視覚       | 1         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 2         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 3         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 4         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 5         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 6         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         | 聴覚・平衡機能等 | 2         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 3         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 4         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 5         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 6         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | その他言語聴覚   | 3    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    | ● |
|         | 肢体不自由    | 4         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 1         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 2         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 3         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 4         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 5         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         | 心臓・呼吸機能等 | 6         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
|         |          | 1         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    | ●    |   |
| 2       |          | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
| 3       |          | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
| 療育手帳    | 4        | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
|         | A1       | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
|         | A2       | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
|         | B1       | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
| 精神手帳    | B2       | ●         | ●    | ●    | ●      | ●      | ●    | ●    | ●             | ●     | ●            | ●         | ●            | ●         | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           | ●             | ●          | ●    |      |   |
|         | 1        |           |      | ●    | ●      |        | ●    |      |               |       |              |           | ●            |           | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         | ●           |               |            | ●    |      |   |
|         | 2        |           |      | ●    | ●      |        | ●    |      |               |       |              |           | ●            |           | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         |             |               |            | ●    |      |   |
| 難病等     | 3        |           |      | ●    | ●      |        | ●    |      |               |       |              |           | ●            |           | ●                | ●        | ●              | ●         | ●         | ●         | ●             | ●           | ●         |             |               |            | ●    |      |   |
|         | 問合わせ先    | J R各社     | 鉄道会社 | バス会社 | タクシー会社 | 市民福祉課  | 航空会社 | 船舶会社 | 市総務課          | 市民福祉課 | 市民福祉課        | 市民福祉課     | 市民福祉課        | 市民福祉課     | 市民福祉課            | 市税務課     | 市税務課           | 市税務課      | 市税務課      | 市税務課      | 市税務課          | 市税務課        | 市税務課      | 市税務課        | 市税務課          | 市税務課       | 市税務課 | 市税務課 |   |
|         | 頁        | 58        | 59   | 59   | 60     | 60     | 61   | 62   | 62            | 63    | 64           | 65        | 65           | 66        | 67               | 68       | 69             | 70        | 70        | 71        | 72            | 73          | 73        | 74          | 74            | 75         | 75   |      |   |

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| サービス<br>障害の種別 |          | 意思疎通支援・情報 |         |  |  |  | 選挙      |             |                   | 就労               |         |         |         | シンボルマーク       |               |        |
|---------------|----------|-----------|---------|--|--|--|---------|-------------|-------------------|------------------|---------|---------|---------|---------------|---------------|--------|
|               |          | 手話通訳者の派遣  | 声の広報の発行 |  |  |  | 点字投票    | 郵便等による不在者投票 | 郵便等による不在者投票（代理記載） | 職業相談・職業紹介・職場定着指導 | 職場適応訓練  | 職業訓練    | 事業主への助成 | 身体障害者標識（車表示用） | 聴覚障害者標識（車表示用） |        |
| 身体障害者手帳       | 視覚       | 1         | ●       |  |  |  | ●       |             | ●                 |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 2         | ●       |  |  |  | ●       |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 3         | ●       |  |  |  | ●       |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 4         | ●       |  |  |  | ●       |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 5         | ●       |  |  |  | ●       |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 6         | ●       |  |  |  | ●       |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | 聴覚・平衡機能  | 2         | ●       |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 3         | ●       |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 4         | ●       |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 5         | ●       |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | 肢体不自由    | 1         |         |  |  |  |         | ●           | ●                 |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 2         |         |  |  |  |         | ●           |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 3         |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 4         |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 5         |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 6         |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | 心臓・呼吸機能等 | 1         |         |  |  |  |         | ●           |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 2         |         |  |  |  |         | ●           |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 3         |         |  |  |  |         | ●           |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               |          | 4         |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
| 療育手帳          | A1       |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | A2       |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | B1       |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | B2       |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
| 精神手帳          | 1        |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | 2        |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
|               | 3        |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
| 難病等           |          |           |         |  |  |  |         |             |                   |                  |         |         |         |               |               |        |
| 問合わせ先         |          | 市民福祉課     | 視覚障害者協会 |  |  |  | 選挙管理委員会 | 選挙管理委員会     | 選挙管理委員会           | 公共職業安定所          | 公共職業安定所 | 公共職業安定所 | 公共職業安定所 | 交通安全協会        | 吉岐警察署         | 交通安全協会 |
| 頁             |          | 76        | 76      |  |  |  | 78      | 78          | 79                | 80               | 80      | 81      | 81      | 82            | 82            |        |

## 障がい者に関するマーク

|                                                                                    |                          |                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <b>ハート・プラスマーク</b>        |                                                                                                                       |
|                                                                                    | 身体内部の機能に障がいのある方を表すマークです。 |                                                                                                                       |
|  | 問<br>合<br>せ<br>先         | TEL:052-718-1581                                                                                                      |
|                                                                                    | 問<br>合<br>せ<br>先         | オスメイトマーク<br><br>人工肛門・人工膀胱を造設している方のための設備があることを示すマークです。<br><br>社会福祉法人 日本オストミー協会<br>TEL:03-5670-7681<br>FAX:03-5670-7682 |

## 4 サービスの内容

## 《①手 当》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

…必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

[illegible]

《①手 当》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 障<br>害<br>児<br>福<br>祉<br>手<br>当 | 区<br>分                                         | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                    |       |    |         |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|---------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                                 |                                                | 1級                                                                                                                                                                                                                      | 2級    | 3級 | 4級      | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                                 |                                                |                                                                                                                                                                                                                         |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                 |                                                | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                                                               |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                 | サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>内<br>容                     | 在宅の20歳未満の重度障がいのある方で、日常生活において常時、特別の介護を必要とする方に支給します。<br>1. 支 給 額…月額14,480円(H27.4.1～H28.3.31)<br><br>2. 支給方法…毎年5月(2～4月分)、8月(5～7月分)、11月(8～10月分)、2月(11～1月分)に分けて本人名義の口座に振り込みます。                                               |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                 | 条<br>件                                         | 給付が制限される方<br>○本人または扶養義務者の所得が限度額を超えている方<br>○児童が障がいを支給事由とする年金等を受給している方<br>○施設に入所している方                                                                                                                                     |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                 | 申<br>請<br>手<br>続<br>に<br>必<br>要<br>な<br>も<br>の | ○障害児福祉手当認定請求書    ○診断書(作成後1ヶ月以内のもの)<br>○所得状況届                      ○身体障害者手帳、療育手帳<br>○住民票謄本(取得後1ヶ月以内のもの)    ○同意書    ○運転免許証もしくは保険証<br>○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード(請求者・配偶者・扶養義務者)<br><br>※その他書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。 |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                 |                                                | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                    | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

## 《②年 金 等》

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

…必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|               |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 障害基礎年金        | 区分                                                                                                                                                                                      | 身障手帳                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|               |                                                                                                                                                                                         | 1級                                                                                                                                                                        | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|               |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               |                                                                                                                                                                                         | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容        | 公的年金加入中(もしくは加入をやめた後でも60歳以上65歳未満で日本国内に住んでいる方)や20歳前の病気やけがで、政令に定めた一定の障がい状態になった場合、支給されます。                                                                                                   |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               | ○病気・けがのために身体の機能の障がい、精神の障がいなどがみられ、日常生活に著しい制限を受ける場合で、次の要件に該当する方<br>①原則として、初診日が国民年金加入中であること<br>②一定の保険料納付済期間等があること<br><br>○20歳未満に初診日があり20歳に達したとき(障害認定日が20歳以降のときは障害認定日)に身体機能の障がい精神の障がいなどがある方 |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               | 問合せ先                                                                                                                                                                                    | 国民年金(第1号被保険者)または20歳未満:健康保健課国保・介護・年金班<br>※第1号被保険者…自営業者、学生、無職の方などが加入する国民年金だけの加入者<br><br>国民年金(第3号被保険者):日本年金機構長崎北年金事務所(095-861-1387)<br>※第3号被保険者…サラリーマンや公務員の妻など第2号被保険者の被扶養配偶者 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 障害厚生年金・障害共済年金 | 区分                                                                                                                                                                                      | 身障手帳                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|               |                                                                                                                                                                                         | 1級                                                                                                                                                                        | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|               |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               |                                                                                                                                                                                         | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容        | 公的年金加入中(もしくは加入をやめた後でも60歳以上65歳未満で日本国内に住んでいる方)や20歳前の病気やけがで、政令に定めた一定の障がい状態になった場合、支給されます。                                                                                                   |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               | ○障害基礎年金の支給対象となる障がい者が、厚生年金保険加入期間中の初診日である病気・けがにより生じたときに、障害基礎年金に上乘せする形で支給されます。<br><br>○障害基礎年金の支給対象には該当しない程度の障がいであっても、障害厚生年金の障がい等級表に該当するときには 障害厚生年金(3級)または、障害手当金(一時金)が支給されます。               |                                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|               | 問合せ先                                                                                                                                                                                    | 厚生年金:日本年金機構長崎北年金事務所(095-861-1387)<br>共済年金等:勤務先                                                                                                                            |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《②年 金 等》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 特別障害給付金     | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 身障手帳                                |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1級                                  | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | 障害基礎年金等を受給していない障がいのある方に給付金を支給する制度です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | 次の1または2に該当する方で、国民年金に任意加入していなかった当時、期間内に初診日があり、現在、障害基礎年金1、2級相当の障がいに該当する方<br>1. 平成3年3月以前の国民年金任意加入対象であった学生<br>2. 昭和61年3月以前の国民年金任意加入対象であった被用者<br>(厚生年金、共済組合等の加入者)の配偶者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 市健康保健課 45-1157                      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 心身障害者扶養共済制度 | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 身障手帳                                |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1級                                  | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | 障がいのある方を扶養している保護者が、自らの生存中に毎月一定の掛金を納めることにより、保護者に万一(死亡・重度障がい)のことがあった場合、障がいのある方に一定額の終身年金を支給する任意加入の制度です。<br><br>加入口数の限度は、障がいのある方1人につき2口です。<br>○ 掛金月額<br>加入者の加入時の年齢により、1口当たり9,300円～23,300円(H27.4.1現在)です。<br>(掛金は加入時の掛金で固定)<br>○ 給付<br>加入者が死亡、または重度障がいと認められた場合、その月の分から終身にわたり、障がいのある方に年金が支給されます。<br>○ 支給額・・・月額20,000円(1口加入の方)<br>月額40,000円(2口加入の方)<br>○ 弔慰金の支<br>「弔 慰 金」・・・1年以上加入した後に、加入者の生存中に障がいのある方が死亡したときは、一時金として加入期間に応じ、弔慰金が支給されます。(2万円～25万円)<br>「脱退一時金」・・・5年以上加入した後に、加入者の申し出により、この制度から脱退したときは、一時金として加入期間に応じ、脱退一時金が支給されます。(3万～25万円)<br>○ 掛金の援助<br>生活保護世帯、市町村民税非課税世帯、市町村民税均等割世帯には、掛金の援助制度があります。 |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | ○ 加入できる保護者の要件<br>県内に居住し、特別の疾病又は障がいを持っていない65歳未満の方<br>○ 障がいのある方の範囲<br>次のいずれかに該当する障がいのある方で、将来独立自活することが困難であると認められる方です。<br>(年齢は問いません。)<br>(1) 知的障害<br>(2) 身体障害者手帳を所持し、その障がい1級から3級までに該当する障がい<br>(3) 精神又は身体に永続的な障がいのある方(統合失調症、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など)で、その障がいの程度が(1)又は(2)と同程度と認められる方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの | 詳しいことは、お尋ねください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 長崎県障害福祉課 095-895-2453、市民福祉課 48-1116 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

### 《③医療費の助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|              |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|----|------|------|----|----|------|------|----|----|-----|-------------|----|------|-------|------|--------|
| 区分           | 身障手帳                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    | 療育手帳 |      |    |    | 精神手帳 |      |    |    | 難病等 |             |    |      |       |      |        |
|              | 1級                                                                                              | 2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3級                                                                                                                                                                                                  | 4級                      | 5級 | 6級 | A1   | A2   | B1 | B2 | 1級   | 2級   | 3級 |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              | ●                                                                                               | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ●                                                                                                                                                                                                   |                         |    |    | ●    | ●    | ●  |    | ●    |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 福祉医療         | サービス内容                                                                                          | 重、中度の障がい者が健康保険により診療を受けた医療費について、ひと月ごと、医療機関ごとに下記の自己負担額を差し引いて支給します。ただし、他の法令等による給付が優先します。「身障3級・療育B1」の方については、自己負担額を差し引いた額に2/3を乗じた額を支給します。<br>※ 精神障害者保健福祉手帳1級の方は、通院にかかる医療費が対象となります。<br><table><tr><td>ひと月の診療・入院日数</td><td>1日</td><td>2日以上</td></tr><tr><td>自己負担額</td><td>800円</td><td>1,600円</td></tr></table><br>※ 調剤薬局分(院外処方)については、全額支給します。 |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     | ひと月の診療・入院日数 | 1日 | 2日以上 | 自己負担額 | 800円 | 1,600円 |
|              |                                                                                                 | ひと月の診療・入院日数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1日                                                                                                                                                                                                  | 2日以上                    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | 自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 800円                                                                                                                                                                                                | 1,600円                  |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 条件           | ○本人及び扶養義務者等の所得制限があります。<br>○小学校就学前の方は、乳幼児医療の対象となります。<br>○食事代、おむつ代、診断書等文書料などの自費分や、介護保険分は対象となりません。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 福祉医療         | 申請手続きに必要なもの                                                                                     | 【資格認定申請時】<br>○福祉医療費受給資格認定申請書兼台帳<br>○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   ○同意書<br>○健康保険証   ○預金通帳   ○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード<br>○所得・課税証明書(詳しくは窓口でお尋ねください)   ○印鑑<br>※ 市民福祉課及び各支所・事務所で受け付けます。<br>※ 年に1回更新する必要があります。<br><br>【支給申請時】<br>○福祉医療費支給申請書   ○領収書原本もしくは医療機関等証明書<br>○福祉医療費受給者証   ○健康保険証   ○印鑑<br>※ 市民福祉課及び各支所・事務所で受け付けます。郵送でも可。          |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     | 市民福祉課           48-1116 |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 自立支援医療(更生医療) | 区分                                                                                              | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      | 療育手帳 |    |    |      | 精神手帳 |    |    |     | 難病等         |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2級                                                                                                                                                                                                  | 3級                      | 4級 | 5級 | 6級   | A1   | A2 | B1 | B2   | 1級   | 2級 | 3級 |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ●                                                                                                                                                                                                   | ●                       | ●  | ●  | ●    |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 自立支援医療(更生医療) | サービス内容                                                                                          | 特定の病院で特定の治療(人工透析、心臓ペースメーカー植込術、人工関節置換術など)を行う場合に、医療費の助成を行います。<br>○自己負担額は原則1割となりますが、本人及び同一医療保険の加入者の所得、市町村民税額等に応じて自己負担の上限があります。                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | 条件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ○身体障害者手帳を持っている18歳以上の方<br>○申請は対象となる医療が行われる前に必要です。<br>※ お早めの相談、申請をお願いします。                                                                                                                             |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
|              |                                                                                                 | 申請手続きに必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ○自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書<br>○指定医療機関の主たる医師の意見書<br>○身体障害者手帳       ○健康保険証<br>○同意書または課税証明書(詳しくは窓口でお尋ねください)<br>○印鑑       ○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード(請求者・配偶者・扶養義務者)<br>○障害年金、遺族年金受給者の方は年金振込通知書等年金の額がわかるもの |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |
| 問合せ先         |                                                                                                 | 市民福祉課           48-1116                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |                         |    |    |      |      |    |    |      |      |    |    |     |             |    |      |       |      |        |

### 《③医療費の助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|              |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 自立支援医療（育成医療） | 区分                                                                                                                                | 身障手帳                                                                                                                                               |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|              |                                                                                                                                   | 1級                                                                                                                                                 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|              |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | サービス内容                                                                                                                            | 育成医療は、児童福祉法第4条第2項に規定する障害児（障害に係る医療を行わないときは将来障害を残すと認められる疾患がある児童を含む。）で、その身体障害を除去、軽減する手術等の治療によって確実に効果が期待できる者に対して提供される、生活の能力を得るために必要な自立支援医療費の支給を行うものです。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件           | ○視覚障害<br>○聴覚又は平衡機能障害<br>○音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害<br>○肢体不自由<br>○心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓機能障害<br>○先天性の内臓機能障害<br>○ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害 |                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの  | ○自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書<br>○指定医療機関の主たる医師の意見書<br>○同意書または課税証明書（詳しくは窓口でお尋ねください）<br>○印鑑      ○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード（請求者・扶養義務者）   |                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | 問合せ先                                                                                                                              | 市民福祉課      48－1116                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

|                |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 自立支援医療（精神通院医療） | 区分                                                                                                                                                                                                                   | 身障手帳                                                                                                                                                              |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                |                                                                                                                                                                                                                      | 1級                                                                                                                                                                | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | サービス内容                                                                                                                                                                                                               | 精神障がいの通院の医療を受ける場合、その医療に必要な費用を医療保険と公費で負担する制度です。保険の種類に関係なく、本人及び同一医療保険の加入者の所得、市町村民税額等に応じて自己負担があります。<br><br>※ 有効期間は1年間です。1年を経過してもなお通院が必要な方は、有効期間終期の3カ月まえから更新の申請ができます。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件             | 精神疾患のため日常生活に支障があり、医療機関に長期にわたって通院している方                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの    | ○自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書<br>○印鑑<br>○診断書<br>○健康保険証<br>○障害年金、遺族年金受給者の方は年金振込通知書等年金の額がわかるもの<br>○同意書または課税証明書（詳しくは窓口でお尋ねください。）<br>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード<br>○対象者と同じ医療保険に加入している方全員のマイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード |                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                 | 市民福祉課      48－1116                                                                                                                                                |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

### 《③医療費の助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                        | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |    |    |    |    | 療育手帳 |      |    |    | 精神手帳 |      |    | 難病等 |     |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------|------|----|----|------|------|----|-----|-----|
|                           | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2級                                                                                                                             | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2   | B1 | B2 | 1級   | 2級   | 3級 |     |     |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    | ●   |     |
| (手帳を持っていない方でも対象になる事があります) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 難病医療費助成                   | <p>発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾患であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもののうち、指定難病に係る疾病に関する医療の確立・普及を図るとともに、難病患者の医療費の負担軽減を図ることを目的とした制度です。難病の治療に係る医療費について、長崎県が国の補助を受けて助成する制度です。</p>                                                                                                                 |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 条件                        | <p>①その症状の程度が、国で定められた程度である方。<br/>         ②①に該当せず、特定医療費の支給認定の要件である「重症度分類」を満たさないものの、申請を行った月以前の12月以内に「指定難病に係る医療費の総額」が33,300円を超える月数が3月以上ある方</p>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 申請手続きに必要なもの               | <p>○特定医療費(指定難病)支給認定申請書<br/>         ○臨床調査個人票<br/>         ○世帯全員の住民票<br/>         ○健康保険証のコピー<br/>         ○世帯の所得が確認できる書類(所得・課税証明書等)<br/>         ○同意書</p> <p>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p>                                                                                                 |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 問合せ先                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 壱岐保健所 47-0260                                                                                                                  |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 小児慢性特定疾病医療費助成             | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 身障手帳                                                                                                                           |    |    |    |    |      | 療育手帳 |    |    |      | 精神手帳 |    |     | 難病等 |
|                           | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2級                                                                                                                             | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2   | B1 | B2 | 1級   | 2級   | 3級 |     |     |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    | ●   |     |
|                           | サービス内容                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>小児慢性特定疾病にかかっている児童等の保護者の方に対し、医療費を支給するものです。<br/>                 世帯の所得により、一部自己負担があります。</p>                                    |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
|                           | 条件                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>18歳未満(継続の場合は必要に応じて20歳未満まで延長可)の児童で、厚生労働大臣が定める疾病及びその疾病の状態の程度に該当する場合。<br/>                 ※ 対象疾病につきましては長崎県ホームページでご確認ください。</p> |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 申請手続きに必要なもの               | <p>○小児慢性特定疾病医療費支給申請書<br/>                 ○小児慢性特定疾病医療意見書<br/>                 ○医療意見書の研究利用についての同意書<br/>                 ○高額療養費にかかる所得区分照会についての同意書<br/>                 ○世帯全員の住民票<br/>                 ○健康保険証<br/>                 ○所得額と市町村民税額が記載された証明書</p> <p>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p> |                                                                                                                                |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |
| 問合せ先                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 壱岐保健所 47-0260                                                                                                                  |    |    |    |    |      |      |    |    |      |      |    |     |     |

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病  
(1～110については平成27年1月から医療費助成を開始)

| 番号 | 病名                         | 番号  | 病名                   |
|----|----------------------------|-----|----------------------|
| 1  | 球脊髄性筋萎縮症                   | 56  | ベーチェット病              |
| 2  | 筋萎縮性側索硬化症                  | 57  | 特発性拡張型心筋症            |
| 3  | 脊髄性筋萎縮症                    | 58  | 肥大型心筋症               |
| 4  | 原発性側索硬化症                   | 59  | 拘束型心筋症               |
| 5  | 進行性核上性麻痺                   | 60  | 再生不良性貧血              |
| 6  | パーキンソン病                    | 61  | 自己免疫性溶血性貧血           |
| 7  | 大脳皮質基底核変性症                 | 62  | 発作性夜間ヘモグロビン尿症        |
| 8  | ハンチントン病                    | 63  | 特発性血小板減少性紫斑病         |
| 9  | 神経有棘赤血球症                   | 64  | 血栓性血小板減少性紫斑病         |
| 10 | シャルコー・マリー・トウス病             | 65  | 原発性免疫不全症候群           |
| 11 | 重症筋無力症                     | 66  | IgA 腎症               |
| 12 | 先天性筋無力症候群                  | 67  | 多発性嚢胞腎               |
| 13 | 多発性硬化症／視神経脊髄炎              | 68  | 黄色靱帯骨化症              |
| 14 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー | 69  | 後縦靱帯骨化症              |
| 15 | 封入体筋炎                      | 70  | 広範脊柱管狭窄症             |
| 16 | クロー・深瀬症候群                  | 71  | 特発性大腿骨頭壊死症           |
| 17 | 多系統萎縮症                     | 72  | 下垂体性ADH分泌異常症         |
| 18 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)        | 73  | 下垂体性TSH分泌亢進症         |
| 19 | ライソゾーム病                    | 74  | 下垂体性PRL分泌亢進症         |
| 20 | 副腎白質ジストロフィー                | 75  | クッシング病               |
| 21 | ミトコンドリア病                   | 76  | 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症     |
| 22 | もやもや病                      | 77  | 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症      |
| 23 | プリオン病                      | 78  | 下垂体前葉機能低下症           |
| 24 | 亜急性硬化性全脳炎                  | 79  | 家族性高コレステロール血症(ホモ接合体) |
| 25 | 進行性多巣性白質脳症                 | 80  | 甲状腺ホルモン不応症           |
| 26 | HTLV-1関連脊髄症                | 81  | 先天性副腎皮質酵素欠損症         |
| 27 | 特発性基底核石灰化症                 | 82  | 先天性副腎低形成症            |
| 28 | 全身性アミロイドーシス                | 83  | アジソン病                |
| 29 | ウルリッヒ病                     | 84  | サルコイドーシス             |
| 30 | 遠位型ミオパチー                   | 85  | 特発性間質性肺炎             |
| 31 | ベスレムミオパチー                  | 86  | 肺動脈性肺高血圧症            |
| 32 | 自己食空腔性ミオパチー                | 87  | 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症       |
| 33 | シュワルツ・ヤンペル症候群              | 88  | 慢性血栓性肺高血圧症           |
| 34 | 神経線維腫症                     | 89  | リンパ管筋腫症              |
| 35 | 天疱瘡                        | 90  | 網膜色素変性症              |
| 36 | 表皮水疱症                      | 91  | バッド・キアリ症候群           |
| 37 | 膿疱性乾癬(汎発型)                 | 92  | 特発性門脈圧亢進症            |
| 38 | スティーヴンス・ジョンソン症候群           | 93  | 原発性胆汁性肝硬変            |
| 39 | 中毒性表皮壊死症                   | 94  | 原発性硬化性胆管炎            |
| 40 | 高安動脈炎                      | 95  | 自己免疫性肝炎              |
| 41 | 巨細胞性動脈炎                    | 96  | クローン病                |
| 42 | 結節性多発動脈炎                   | 97  | 潰瘍性大腸炎               |
| 43 | 顕微鏡的多発血管炎                  | 98  | 好酸球性消化管疾患            |
| 44 | 多発血管炎性肉芽腫症                 | 99  | 慢性特発性偽性腸閉塞症          |
| 45 | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症             | 100 | 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症      |
| 46 | 悪性関節リウマチ                   | 101 | 腸管神経節細胞減少症           |
| 47 | パージャール病                    | 102 | ルビンシュタイン・ティビ症候群      |
| 48 | 原発性抗リン脂質抗体症候群              | 103 | CFC症候群               |
| 49 | 全身性エリテマトーデス                | 104 | コステロ症候群              |
| 50 | 皮膚筋炎／多発性筋炎                 | 105 | チャージ症候群              |
| 51 | 全身性強皮症                     | 106 | クリオピリン関連周期熱症候群       |
| 52 | 混合性結合組織病                   | 107 | 全身型若年性特発性関節炎         |
| 53 | シェーグレン症候群                  | 108 | TNF受容体関連周期性症候群       |
| 54 | 成人スチル病                     | 109 | 非典型溶血性尿毒症症候群         |
| 55 | 再発性多発軟骨炎                   | 110 | ブラウ症候群               |

**難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病**  
(111～306については平成27年7月から医療費助成を開始)

| 番号  | 病名                         | 番号  | 病名                 |
|-----|----------------------------|-----|--------------------|
| 111 | 先天性ミオパチー                   | 159 | 色素性乾皮症             |
| 112 | マリネスコ・シェーグレン症候群            | 160 | 先天性魚鱗癬             |
| 113 | 筋ジストロフィー                   | 161 | 家族性良性慢性天疱瘡         |
| 114 | 非ジストロフィー性ミオトニー症候群          | 162 | 類天疱瘡(後天性表皮水疱瘡を含む。) |
| 115 | 遺伝性周期性四肢麻痺                 | 163 | 特発性後天性全身性無汗症       |
| 116 | アトピー性脊髄炎                   | 164 | 眼皮膚白皮症             |
| 117 | 脊髄空洞症                      | 165 | 肥厚性皮膚骨膜炎           |
| 118 | 脊髄髄膜瘤                      | 166 | 弾性線維性仮性黄色腫         |
| 119 | アイザックス症候群                  | 167 | マルファン症候群           |
| 120 | 遺伝性ジストニア                   | 168 | エーラス・ダンロス症候群       |
| 121 | 神経フェリチン症                   | 169 | メンケス病              |
| 122 | 脳表ヘモジデリン沈着症                | 170 | オクシピタル・ホーン症候群      |
| 123 | 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症     | 171 | ウィルソン病             |
| 124 | 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症    | 172 | 低ホスファターゼ症          |
| 125 | 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 | 173 | VATER症候群           |
| 126 | ペリー症候群                     | 174 | 那須・ハコラ病            |
| 127 | 前頭側頭葉変性症                   | 175 | ウィーバー症候群           |
| 128 | ピックースタッフ脳幹脳炎               | 176 | コフィン・ローリー症候群       |
| 129 | 痙攣重積型(二相性)急性脳症             | 177 | 有馬症候群              |
| 130 | 先天性無痛無汗症                   | 178 | モワット・ウィルソン症候群      |
| 131 | アレキサンダー病                   | 179 | ウィリアムズ症候群          |
| 132 | 先天性核上性球麻痺                  | 180 | ATR-X症候群           |
| 133 | メビウス症候群                    | 181 | クルーゾン症候群           |
| 134 | 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群        | 182 | アペール症候群            |
| 135 | アイカルディ症候群                  | 183 | ファイファー症候群          |
| 136 | 片側巨脳症                      | 184 | アントレー・ビクスラー症候群     |
| 137 | 限局性皮質異形成                   | 185 | コフィン・シリス症候群        |
| 138 | 神経細胞移動異常症                  | 186 | ロスムンド・トムソン症候群      |
| 139 | 先天性大脳白質形成不全症               | 187 | 歌舞伎症候群             |
| 140 | ドラベ症候群                     | 188 | 多脾症候群              |
| 141 | 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん           | 189 | 無脾症候群              |
| 142 | ミオクロニー欠伸てんかん               | 190 | 鰓耳腎症候群             |
| 143 | ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん          | 191 | ウェルナー症候群           |
| 144 | レノックス・ガストー症候群              | 192 | コケイン症候群            |
| 145 | ウエスト症候群                    | 193 | プラダー・ウィリ症候群        |
| 146 | 大田原症候群                     | 194 | ソトス症候群             |
| 147 | 早期ミオクロニー脳症                 | 195 | ヌーナン症候群            |
| 148 | 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん           | 196 | ヤング・シンプソン症候群       |
| 149 | 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群           | 197 | 1p36欠失症候群          |
| 150 | 環状20番染色体症候群                | 198 | 4p欠失症候群            |
| 151 | ラスムッセン脳炎                   | 199 | 5p欠失症候群            |
| 152 | PCDH19関連症候群                | 200 | 第14番染色体父親性ダイソミー症候群 |
| 153 | 難治頻回部分発作重積型急性脳炎            | 201 | アンジェルマン症候群         |
| 154 | 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症      | 202 | スミス・マギニス症候群        |
| 155 | ランドウ・クレフナー症候群              | 203 | 22q11.2欠失症候群       |
| 156 | レット症候群                     | 204 | エマヌエル症候群           |
| 157 | スタージ・ウェーバー症候群              | 205 | 脆弱X症候群関連疾患         |
| 158 | 結節性硬化症                     | 206 | 脆弱X症候群             |
|     |                            | 207 | 総動脈幹遺残症            |
|     |                            | 208 | 修正大血管転位症           |
|     |                            | 209 | 完全大血管転位症           |
|     |                            | 210 | 単心室症               |

| 番号  | 病名                           |
|-----|------------------------------|
| 211 | 左心低形成症候群                     |
| 212 | 三尖弁閉鎖症                       |
| 213 | 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症            |
| 214 | 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症              |
| 215 | ファロー四徴症                      |
| 216 | 両大血管右室起始症                    |
| 217 | エプスタイン病                      |
| 218 | アルポート症候群                     |
| 219 | ギャロウェイ・モワト症候群                |
| 220 | 急速進行性糸球体腎炎                   |
| 221 | 抗糸球体基底膜腎炎                    |
| 222 | 一次性ネフローゼ症候群                  |
| 223 | 一次性膜性増殖性糸球体腎炎                |
| 224 | 紫斑病性腎炎                       |
| 225 | 先天性腎性尿崩症                     |
| 226 | 間質性膀胱炎(ハンナ型)                 |
| 227 | オスラー病                        |
| 228 | 閉塞性細気管支炎                     |
| 229 | 肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)            |
| 230 | 肺胞低換気症候群                     |
| 231 | $\alpha$ 1-アンチトリプシン欠乏症       |
| 232 | カーニー複合                       |
| 233 | ウォルフラム症候群                    |
| 234 | ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)   |
| 235 | 副甲状腺機能低下症                    |
| 236 | 偽性副甲状腺機能低下症                  |
| 237 | 副腎皮質刺激ホルモン不応症                |
| 238 | ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症             |
| 239 | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症             |
| 240 | フェニルケトン尿症                    |
| 241 | 高チロシン血症1型                    |
| 242 | 高チロシン血症2型                    |
| 243 | 高チロシン血症3型                    |
| 244 | メープルシロップ尿症                   |
| 245 | プロピオン酸血症                     |
| 246 | メチルマロン酸血症                    |
| 247 | イソ吉草酸血症                      |
| 248 | グルコーストランスポーター1欠損症            |
| 249 | グルタル酸血症1型                    |
| 250 | グルタル酸血症2型                    |
| 251 | 尿素サイクル異常症                    |
| 252 | リジン尿性蛋白不耐症                   |
| 253 | 先天性葉酸吸収不全                    |
| 254 | ポルフィリン症                      |
| 255 | 複合カルボキシラーゼ欠損症                |
| 256 | 筋型糖原病                        |
| 257 | 肝型糖原病                        |
| 258 | ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症 |

| 番号  | 病名                         |
|-----|----------------------------|
| 259 | レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症 |
| 260 | シトステロール血症                  |
| 261 | タンジール病                     |
| 262 | 原発性高カイロミクロン血症              |
| 263 | 脳髄黄色腫症                     |
| 264 | 無 $\beta$ リポタンパク血症         |
| 265 | 脂肪萎縮症                      |
| 266 | 家族性地中海熱                    |
| 267 | 高IgD症候群                    |
| 268 | 中條・西村症候群                   |
| 269 | 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群    |
| 270 | 慢性再発性多発性骨髄炎                |
| 271 | 強直性脊椎炎                     |
| 272 | 進行性骨化性線維異形成症               |
| 273 | 肋骨異常を伴う先天性側弯症              |
| 274 | 骨形成不全症                     |
| 275 | タナトフォリック骨異形成症              |
| 276 | 軟骨無形成症                     |
| 277 | リンパ管腫症/ゴーハム病               |
| 278 | 巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)           |
| 279 | 巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)       |
| 280 | 巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)        |
| 281 | クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群       |
| 282 | 先天性赤血球形形成異常性貧血             |
| 283 | 後天性赤芽球癆                    |
| 284 | ダイヤモンド・ブラックファン貧血           |
| 285 | ファンコニ貧血                    |
| 286 | 遺伝性鉄芽球性貧血                  |
| 287 | エプスタイン症候群                  |
| 288 | 自己免疫性出血病XIII               |
| 289 | クローンカイト・カナダ症候群             |
| 290 | 非特異性多発性小腸潰瘍症               |
| 291 | ヒルシュスブルグ病(全結腸型又は小腸型)       |
| 292 | 総排泄腔外反症                    |
| 293 | 総排泄腔遺残                     |
| 294 | 先天性横隔膜ヘルニア                 |
| 295 | 乳幼児肝巨大血管腫                  |
| 296 | 胆道閉鎖症                      |
| 297 | アラジール症候群                   |
| 298 | 遺伝性膀胱炎                     |
| 299 | 嚢胞性線維症                     |
| 300 | IgG4関連疾患                   |
| 301 | 黄斑ジストロフィー                  |
| 302 | レーベル遺伝性視神経症                |
| 303 | アッシャー症候群                   |
| 304 | 若年発症型両側性感音難聴               |
| 305 | 遅発性内リンパ水腫                  |
| 306 | 好酸球性副鼻腔炎                   |

# 《④補 装 具》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                  | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |    |         |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|-------|---------|---------|--------------|---------|-----|---------------------|---------------|---------|
|                     | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2級    | 3級 | 4級      | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
|                     | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ●     | ●  | ●       | ●  | ●  |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| サービス内容              | 障がい者（児）に対し、職業、その他日常生活の能率の向上を図ることを目的として補装具の購入（修理）費用のうち原則9割を支給しますが、世帯の収入に応じて、月額負担上限額が設定されています。（P18を参照）<br>ただし、障がいの内容や県の判定によって交付されるものに制限があります。<br>1. 交付数は、原則として1種目につき1個です。<br>2. 再支給には、耐用年数を基準に実情に沿って行います。                                                                                                                              |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
|                     | <table><tr><th>障 害 別</th><th>補 装 具 名</th></tr><tr><td>視覚障がい者用</td><td>盲人安全つえ、義眼、眼鏡</td></tr><tr><td>聴覚障がい者用</td><td>補聴器</td></tr><tr><td>肢体不自由及び音声・言語機能障がい者用</td><td>重度障がい者用意思伝達装置</td></tr><tr><td>肢体不自由者用</td><td>義手、義足、上肢装具、下肢装具、体幹装具、歩行器、車イス、電動車イス、歩行補助つえ（T字杖は除く）、座位保持装置、<br/>（18歳未満用）座位保持イス、起立保持具、頭部保持具、排便補助具</td></tr></table> |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     | 障 害 別 | 補 装 具 名 | 視覚障がい者用 | 盲人安全つえ、義眼、眼鏡 | 聴覚障がい者用 | 補聴器 | 肢体不自由及び音声・言語機能障がい者用 | 重度障がい者用意思伝達装置 | 肢体不自由者用 |
| 障 害 別               | 補 装 具 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 視覚障がい者用             | 盲人安全つえ、義眼、眼鏡                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 聴覚障がい者用             | 補聴器                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 肢体不自由及び音声・言語機能障がい者用 | 重度障がい者用意思伝達装置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 肢体不自由者用             | 義手、義足、上肢装具、下肢装具、体幹装具、歩行器、車イス、電動車イス、歩行補助つえ（T字杖は除く）、座位保持装置、<br>（18歳未満用）座位保持イス、起立保持具、頭部保持具、排便補助具                                                                                                                                                                                                                                        |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 補装具費（購入・修理）の支給条件    | ○本人または世帯員のいずれかの市町村民税所得割の額が46万円以上の方は対象外となります。<br>○耐用年数以内の破損及び故障については、原則として修理で行います。<br>○それぞれの品物には給付基準額が定められています。好みのデザイン、素材を選択することによりその額を超える金額について自己負担になります。<br>○申請は購入前に行う必要があります。<br>○原則として手帳等交付後の申請となります。<br>○以下の品目については、介護保険対象者であれば介護保険による貸与となります。<br>・既製の車イス、電動車イス<br>・歩行器<br>・歩行補助つえのうち松葉杖、カナディアンクラッチ<br>・多点杖、ロフトランドクラッチ           |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 申請手続きに必要なもの         | ○補装具費（購入・修理）支給申請書<br>○指定医師の意見書<br>○補装具業者の見積書<br>○身体障害者手帳または特定疾患医療受給者証<br>○同意書<br>○印鑑<br>○健康保険証<br>○マイナンバー（個人番号）が確認できる通知カード又は個人番号カード<br><br>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。                                                                                                                                                        |       |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |
| 問合せ先                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 市民福祉課 |    | 48－1116 |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |       |         |         |              |         |     |                     |               |         |

# 《⑤住 宅》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                                                                                                                                  | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|--|
|                                                                                                                                     | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |  |
|                                                                                                                                     | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ●  | ●  |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 住宅改修費の助成（日常生活用具）※地域生活支援事業                                                                                                           | サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>内<br>容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                                                                                                                                     | 在宅の重度身体障がい者の移動等を円滑にする用具で、設置に小規模な住宅改修を伴うものについて助成します。<br><br>1. 助成限度額<br>200,000円までで、費用の1割が自己負担になりますが、世帯の収入に応じた月額負担上限額が設定されています。<br>2. 対象工事<br>○住宅改修の範囲は、次に掲げる日常生活用具の購入費及び改修工事費とします。<br>①手すりの取り付け<br>②段差の解消<br>③滑りの防止、移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更<br>④引き戸等への扉の取り替え<br>⑤洋式便器等への便器の取り替え<br>⑥その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修<br><br>※ 上記に該当しない場合でも、建設課所管の住宅リフォーム事業の対象となることがあります。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 申請手続きに必要なもの                                                                                                                         | 条<br>件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                                                                                                                                     | ○65歳以上の方は、介護保険の住宅改修を利用していただきます。<br>○下肢・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)を有する障害等級3級以上の方等(ただし特殊便器への取り替えをする場合は上肢障害2級以上の方等)<br>○必ず工事着工前の相談、申請が必要です。<br>○新築、増築にかかる工事は除きます。<br>○住宅改修費の給付は原則1回です。                                                                                                                                                              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 申<br>請<br>手<br>続<br>き<br>に<br>必<br>要<br>な<br>も<br>の                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| ○住宅改修費給付申請書<br>○住宅改修工事見積書<br>○改修箇所の図面、写真<br>○借家の場合は改修承諾書、市営住宅の場合は「市営住宅模様替え(増築)承認書」<br>○印鑑<br><br>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 問合せ先      市民福祉課      48-1116      市建設課      42-1111                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |

# 《⑤住 宅》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分       | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |         |    |      | 療育手帳 |         |    |    | 精神手帳 |    |    |     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------|----|------|------|---------|----|----|------|----|----|-----|
|          | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2級    | 3級 | 4級      | 5級 | 6級   | A1   | A2      | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 | 難病等 |
|          | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ●     |    |         |    |      |      |         |    |    |      |    |    |     |
| 住宅改造費の助成 | <p>在宅の重度身体障がい者が、家庭内での日常生活を容易にするため住宅の改造を行う場合、その費用の一部を助成します。</p> <p>1. 助成額<br/>改造工事に要した経費の2/3以内とし、220,000円を限度とします。<br/>ただし、障がい者日常生活用具(住宅改修)の給付や65歳未満の方で、介護保険の住宅改修で助成を受ける場合は、助成限度額がかわります。(詳しくは窓口でお尋ね下さい。)</p> <p>2. 対象工事<br/>次の(1)、(2)に該当する工事が対象となります。</p> <p>(1) 介護保険における住宅改修給付を受ける65歳以上の単身高齢者や日常生活用具給付事業の住宅改修費の助成の対象となる住宅の改修にかかる工事に要する経費</p> <p>①手すりの取り付け<br/>②段差の解消<br/>③滑りの防止、移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更<br/>④引き戸等への扉の取り替え<br/>⑤洋式便器等への便器の取り替え<br/>⑥その他のこれら各工事に伴う必要な工事</p> <p>(2) その他<br/>①便所の拡張<br/>②浴そうの取り替え、シャワーの設置<br/>③台所流し台の取り替え<br/>④洗面所等の洗面器の車椅子使用者の利用可能な洗面器への取り替え<br/>⑤その他のこれら各工事に伴う必要な工事</p> <p>※ 上記に該当しない場合でも、建設課所管の住宅リフォーム事業の対象となることがあります。</p> |       |    |         |    |      |      |         |    |    |      |    |    |     |
|          | <p>条件</p> <p>○65歳以上の単身高齢者の方は、高齢者の住宅改造助成事業を利用させていただきます。</p> <p>○身体障害者手帳1、2級の方</p> <p>○当該世帯員の直近の市町村民税及び前年の所得税が非課税の世帯</p> <p>○必ず工事着工前の相談、申請が必要です。</p> <p>○新築、増築にかかる工事を除きます。</p> <p>○住宅改造費の給付は原則1回です。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |    |         |    |      |      |         |    |    |      |    |    |     |
|          | <p>申請手続きに必要なもの</p> <p>○住宅改造費助成申請書<br/>○住宅改造工事見積書<br/>○改造箇所の図面<br/>○工事着工前の写真<br/>○借家の場合は改修承諾書、市営住宅の場合は「市営住宅模様替え(増築)承認書」<br/>○印鑑</p> <p>◎工事完了後は、下記書類をご提出下さい。<br/>○完成写真、領収書、助成金交付請求書、振込先の通帳の写し</p> <p>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |    |         |    |      |      |         |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    | 市建設課 |      | 42-1111 |    |    |      |    |    |     |

# 《⑤住 宅》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                                             | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |    |    |    |         | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|----|----|---------|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                                                | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2級       | 3級 | 4級 | 5級 | 6級      | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 | 難病等 |
|                                                | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ●        | ●  | ●  |    |         | ●    | ●  | ●  |    | ●    | ●  |    |     |
| 市<br>営<br>住<br>宅<br>の<br>緩<br>和<br>措<br>置<br>等 | <p>【1】市営住宅入居申込要件の緩和</p> <p>障害者と同居している世帯は、「裁量階層世帯」として取り扱い、「一般世帯」よりも入居申込要件(所得制限)が緩和される。</p> <p>○一般世帯 : 世帯合計所得が、月額158,000円以下でないと申込みない</p> <p>○裁量階層世帯 : 世帯合計所得が、月額214,000円以下でないと申込みない</p> <p>注:入居者の選考は、「壱岐市営住宅入居者選考委員会」に諮問している</p> <p>【2】市営住宅使用料算定にあたり、「特別障害者控除」「障害者控除」が適用される</p> <p>○特別障害者控除 : 控除月額1人 400,000円</p> <p>○障害者控除 : 控除月額1人 270,000円</p> |          |    |    |    |         |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                                | 条 件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |    |    |    |         |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                                                | 申請手続きに必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |    |    |    |         |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 市建設課 住宅班 |    |    |    | 42-1111 |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑥地域生活支援事業》

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

区分

1級2級3級4級5級6級A1A2B1B21級2級3級難病等

●●●●●●●●

日常生活用具の給付

サービス内容

在宅の重度障がい者(児)に対し、日常生活を容易にするための用具を給付(貸与)します。

脳原性運動機能障害の場合は、表中の上肢・下肢または体幹機能障害に準じて取り扱います。

1. 給付内容

| 区分           | 種目                                                     | 対象者                                                                                                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自立生活支援用具     | 入浴補助用具                                                 | 下肢または体幹機能障害4級以上で、入浴に介助を必要とする3歳以上の方<br>入浴に介助を必要とする難病患者                                                                                        |
|              | 特殊便器(ポータブルトイレ)                                         | 下肢または体幹機能障害2級以上で学齢児以上の方<br>常時介助を必要とする難病患者                                                                                                    |
|              | 特殊便器(洗浄機能付便座)                                          | 上肢障害2級以上または療育手帳が(A1・A2)であり、訓練を行っても自ら排便後の処理が困難な学齢児以上の方<br>上肢機能に障害のある方                                                                         |
|              | 歩行補助つえ(T字杖)                                            | 平衡機能または下肢もしくは体幹機能障害者であって、歩行不安定の方                                                                                                             |
|              | 移動・移乗支援用具                                              | 平衡機能または下肢もしくは体幹機能障害者4級以上で家庭内の移動等において介護を必要とする3歳以上の方<br>下肢が不自由な難病患者                                                                            |
|              | 頭部保護帽                                                  | 下肢または体幹機能障害2級以上で、立位や歩行が不安定で、よく転倒する方または療育手帳が(A1・A2)もしくは精神保健福祉手帳1級で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する方                                                        |
|              | 火災警報器                                                  | 障害等級2級以上で火災発生の感知及び避難が著しく困難な方または療育手帳が(A1・A2)もしくは精神保健福祉手帳2級以上である方(当該者の世帯が障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯である場合に限る)火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯     |
|              | 自動消火器                                                  | 障害等級2級以上で火災発生の感知及び避難が著しく困難な方または療育手帳が(A1・A2)もしくは精神保健福祉手帳2級以上である方(当該者の世帯が障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯である場合に限る)<br>火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯 |
|              | 電磁調理器                                                  | 視覚障害者2級以上または療育手帳が(A1・A2)もしくは精神保健福祉手帳1級である方で18歳以上の方(当該者の世帯が障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯である場合に限る)                                                        |
|              | 歩行時間延長信号機用小型送信機                                        | 視覚障害2級以上で学齢児以上の方                                                                                                                             |
| 聴覚障害者用屋内信号装置 | 聴覚障害2級以上で18歳以上の方(聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯で日常生活上必要と認められる世帯) |                                                                                                                                              |

## 《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|                    |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--------|--------|------------|---------|--------|-----|-------|---------|--------|--------|--------|-----|
| 日常生活用具の給付          | 条件                                                                                                                                                                                                              | <p>○自己負担は原則として購入費用の1割ですが、世帯の収入に応じた月額負担上限額が設定されています。</p> <p>○申請は購入前に行う必要があります。</p> <p>○原則として、手帳交付後の申請となります。</p> <p>※以下の品目について、介護保険対象者であれば介護保険による貸与または購入費の支給となります。</p> <table><tr><td rowspan="5">貸与</td><td>○特殊寝台</td></tr><tr><td>○特殊マット</td></tr><tr><td>○体位変換器</td></tr><tr><td>○移動・移乗支援用具</td></tr><tr><td>○移動用リフト</td></tr><tr><td rowspan="7">購入費の支給</td><td>○便器</td></tr><tr><td>○特殊尿器</td></tr><tr><td>○入浴補助用具</td></tr><tr><td>○火災警報器</td></tr><tr><td>○自動消火器</td></tr><tr><td>○電磁調理器</td></tr><tr><td>○浴槽</td></tr></table> | 貸与 | ○特殊寝台 | ○特殊マット | ○体位変換器 | ○移動・移乗支援用具 | ○移動用リフト | 購入費の支給 | ○便器 | ○特殊尿器 | ○入浴補助用具 | ○火災警報器 | ○自動消火器 | ○電磁調理器 | ○浴槽 |
|                    | 貸与                                                                                                                                                                                                              | ○特殊寝台                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| ○特殊マット             |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| ○体位変換器             |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| ○移動・移乗支援用具         |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| ○移動用リフト            |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| 購入費の支給             | ○便器                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○特殊尿器                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○入浴補助用具                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○火災警報器                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○自動消火器                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○電磁調理器                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
|                    | ○浴槽                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| 申請手続きに必要なもの        | <p>○日常生活用具給付申請書</p> <p>○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または特定疾患医療受給者証</p> <p>○同意書</p> <p>○印鑑</p> <p>○見積書</p> <p>○カタログ(メーカーや型番のわかるもの)</p> <p>○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード</p> <p>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |
| 問合せ先 市民福祉課 48-1116 |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |        |        |            |         |        |     |       |         |        |        |        |     |

《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

区分

日常生活用具の給付

| 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| ●    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |
|      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

サービス内容

| 区分        | 種目          | 対象者                                                                                      |
|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護・訓練支援用具 | 特殊寝台（電動ベッド） | 下肢又は体幹機能障害2級以上で学齢児以上の方<br>難病患者で寝たきり状態にある方                                                |
|           | 特殊マット       | 下肢または体幹機能障害1級で常時介護を要する18歳以上の方<br>3歳以上18歳未満の方で下肢または体幹機能障害2級以上又は重度知的障害児<br>難病患者で寝たきり状態にある方 |
|           | 特殊尿器        | 下肢または体幹機能障害1級で常時介護を要する学齢児以上の方<br>重度の知的障害者<br>難病患者で自力で排尿できない方                             |
|           | 入浴担架        | 下肢または体幹機能障害2級以上で入浴にあたって、家族等他人の介助を必要とする3歳以上の方                                             |
|           | 体位変換器       | 下肢または体幹機能障害2級以上で着脱衣等に関して介助を必要とする3歳以上の方<br>難病患者で寝たきり状態にある方                                |
|           | 移動用リフト      | 下肢または体幹機能障害2級以上で3歳以上の方<br>難病患者で下肢又は体幹機能に障害のある方                                           |
|           | 訓練いす（児のみ）   | 下肢または体幹障害2級以上で学齢児以上の方                                                                    |
|           | 訓練用ベッド      | 下肢または体幹機能障害2級以上で学齢児以上の方<br>難病患者で下肢又は体幹機能障害のある方                                           |

## 《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

…必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

区分

| 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| ●    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |

日常生活用具の給付

サービス内容

| 区分          | 種目                              | 対象者                                                                 |
|-------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 情報・意思疎通支援用具 | 携帯用会話補助装置                       | 音声・言語機能障害者又は肢体不自由者<br>発生・発語に著しい障害を有する学齢児以上の方                        |
|             | 情報・通信支援用具                       | 上肢機能障害2級または視覚障害2級以上の方<br>情報機器の使用により社会参加が見込まれる方                      |
|             | 点字ディスプレイ                        | 視覚障害及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18歳以上の方 |
|             | 点字器                             | 視覚障がい者で必要と認められる方                                                    |
|             | 点字タイプライター                       | 視覚障害2級以上で就学もしくは就労しているかまたは就労が見込まれる方                                  |
|             | 視覚障害者用ポータブルレコーダー                | 視覚障害2級以上で学齢児以上の方                                                    |
|             | 視覚障害者用活字文章読み上げ装置（音声ICタグレコーダー含む） | 視覚障害2級以上で学齢児以上の方                                                    |
|             | 視覚障害者用拡大読書器                     | 視覚障がい者であって、本装置により文字等を読むことが可能になる学齢児以上の方                              |
|             | 視覚障害者用時計                        | 視覚障害2級以上で18歳以上の方                                                    |
|             | 聴覚障害者用通信装置（ファックス）               | 聴覚障がい者または音声言語機能障がい者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる学齢児以上の方        |
|             | 聴覚障害者用情報受信装置                    | 聴覚障がい者であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる方                                      |
| 人工喉頭        | 音声言語機能障がい者で喉頭を摘出した方             |                                                                     |

## 《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|           |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |  |
|-----------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 日常生活用具の給付 | 条件          | <p>○自己負担は原則として購入費用の1割ですが、世帯の収入に応じた月額負担上限額が設定されています。</p> <p>○申請は購入前に行う必要があります。</p> <p>○原則として、手帳交付後の申請となります。</p> <p>○それぞれの品目には給付基準がありますので、希望の品物が給付できない場合があります。</p> <p>また、給付基準額が定められていますので、それを超える金額については自己負担となります。</p> |         |  |
|           | 申請手続きに必要なもの | <p>○日常生活用具給付申請書</p> <p>○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または特定疾患医療受給者証</p> <p>○同意書</p> <p>○印鑑</p> <p>○見積書</p> <p>○カタログ(メーカーや型番のわかるもの)</p> <p>○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード</p> <p>※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p>     |         |  |
| 問合せ先      |             | 市民福祉課                                                                                                                                                                                                               | 48-1116 |  |

《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分        | 身障手帳      |                          |    |    |    |    | 療育手帳                                                                                                               |     |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|-----------|-----------|--------------------------|----|----|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|------|----|----|-----|
|           | 1級        | 2級                       | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1                                                                                                                 | A2  | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|           | ●         | ●                        | ●  | ●  | ●  | ●  | ●                                                                                                                  | ●   |    |    | ●    |    |    |     |
| 日常生活用具の給付 | 在宅療養等支援用具 | 区分                       | 種目 |    |    |    |                                                                                                                    | 対象者 |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 透析液加湿器                   |    |    |    |    | 腎臓機能障害3級以上で自己連続携帯式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を行う3歳以上の方                                                                      |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | ネブライザー（吸入器）              |    |    |    |    | 呼吸器障害3級以上又は同程度の身体障害者（児）であって、必要と認められる学齢児以上の者（なお、医師の意見書があれば肢体2級以上、音声障害も対象）                                           |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 電気式たん吸引器                 |    |    |    |    |                                                                                                                    |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 酸素ボンベ運搬車                 |    |    |    |    | 医療保険における在宅酸素療法を行う方                                                                                                 |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 視覚障害者用体温計（音声式）           |    |    |    |    | 視覚障害2級以上で学齢児以上の方（視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）                                                                            |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 視覚障害者用体重計                |    |    |    |    | 視覚障害2級以上で18歳以上の方（視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）                                                                            |     |    |    |      |    |    |     |
|           |           | 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） |    |    |    |    | 心臓機能障害3級以上または呼吸器機能障害3級以上の方（医療保険における在宅酸素療法を行う方、または人工呼吸器装着者）※モニタリング機能付を申請する場合は、医師の意見書が必要です。<br><br>人工呼吸器の装着等が必要な難病患者 |     |    |    |      |    |    |     |

## 《⑥地域生活支援事業》

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

● …必ず手帳が必要なサービスです。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|             |                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <p>○自己負担は原則として購入費用の1割ですが、世帯の収入に応じた月額負担上限額が設定されています。</p> <p>○申請は購入前に行う必要があります。</p> <p>○原則として、手帳交付後の申請となります。</p> <p>○それぞれの品目には給付基準がありますので、希望の品物が給付できない場合があります。</p> <p>また、給付基準額が定められていますので、それを超える金額については自己負担となります。</p> |
| 申請手続きに必要なもの | <p>○日常生活用具給付申請書</p> <p>○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または特定疾患医療受給者証</p> <p>○同意書</p> <p>○印鑑</p> <p>○見積書</p> <p>○カタログ(メーカーや型番のわかるもの)</p> <p>○マイナンバーが確認できる通知カードもしくは個人番号カード</p> <p>※その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。</p>      |
| 問合せ先        | 市民福祉課 48-1116                                                                                                                                                                                                       |

## 《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

…必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

区分

1級

2級

3級

4級

5級

6級

A1

A2

B1

B2

1級

2級

3級

難病等

●

●

●

●

●

●

●

●

●

日常生活用具の給付

サービス内容

| 区分       | 種目            | 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 排泄管理支援用具 | ストマ用装具<br>蓄便袋 | 直腸・膀胱の機能障がい者であって、人工肛門で腹壁から排便があり、採便の袋を装着する必要がある方                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|          | 蓄尿袋           | 直腸・膀胱の機能障がい者であって、人工膀胱で腹壁から排尿があり、採尿の袋を装着する必要がある方                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|          | 紙おむつ等         | 次のいずれかに該当する3歳以上の方<br><br>①脳性麻痺等による肢体障害2級以上で、3歳以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害により便意または尿意の意思表示が困難で、恒常的に紙おむつを必要とする方<br><br>②直腸・膀胱の機能障がい者で、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの著しい変形のため、ストマ用装具を装着できない方<br><br>③直腸・膀胱の機能障がい者で、二分脊椎等の先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排便機能障がいまたは高度の排尿機能障がいのある方<br><br>④直腸の機能障がい者で、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある方 |
|          | 収尿器           | 下肢または体幹機能障がい者であって、尿失禁のある方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 住宅改修     | 居宅生活動作補助用具    | 下肢体幹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）3級以上の方（ただし、特殊便器への取替をする場合は上肢障害2級以上の方）<br><br>下肢または体幹機能に障がいのある難病患者                                                                                                                                                                                                                                 |

## 《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

条件

- 自己負担は原則として購入費用の1割ですが、世帯の収入に応じた月額負担上限額が設定されています。
- 申請は購入前に行う必要があります。
- 原則として、手帳交付後の申請となります。
- それぞれの品目には給付基準がありますので、希望の品物が給付できない場合があります。  
また、給付基準額が定められていますので、それを超える金額については自己負担となります。

日常生活用具の給付

申請手続きに必要なもの

- 日常生活用具給付申請書または住宅改修費給付申請書
- 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または特定疾患医療受給者証
- 同意書      ○印鑑      ○見積書
- ※ その他の書類が必要な場合がありますので、詳しくはお尋ねください。

### ストマ用装具・おむつの申請について

見積書準備

業者に依頼し、見積書をご用意ください。  
※最大で4カ月分までまとめて申請できます。

申請

- 手続きに必要なもの
  - ・身体障害者手帳
  - ・見積書
  - ・印鑑

決定

自宅に給付券が届きます。

商品受取

給付券を持って業者にて商品をお受け取りください。

問合せ先

市民福祉課

48-1116

《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|            | 区分              | 身障手帳                                                                                                            |    |                        |    |         |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|----|---------|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|            |                 | 1級                                                                                                              | 2級 | 3級                     | 4級 | 5級      | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 移動支援       |                 | ●                                                                                                               | ●  | ●                      | ●  | ●       | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |
|            | サービス内容          | 屋外での移動が単身では困難な障がい者(児)に対して、外出のための支援を行います。                                                                        |    |                        |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|            | 条件              | 次の①から③のいずれかに該当する方で、なおかつ車椅子等を利用しなければ移動が困難な方など<br>①身体障害者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 |    |                        |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|            | 申請手続きに<br>必要なもの | ○身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳<br>○印鑑 ○移動支援事業利用登録申請書                                                               |    |                        |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|            |                 | 問合せ先                                                                                                            |    | 市民福祉課                  |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 地域活動支援センター | 区分              | 身障手帳                                                                                                            |    |                        |    |         |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|            | 1級              | 2級                                                                                                              | 3級 | 4級                     | 5級 | 6級      | A1 | A2   | B1 | B2 | 1級 | 2級   | 3級 |    |     |
|            | サービス内容          | 創作的活動または生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。                                                                              |    |                        |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|            | 条件              | 障がい者                                                                                                            |    |                        |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|            |                 | 問合せ先                                                                                                            |    | 地域活動支援センターひまわり 47-0116 |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|             |                                                            |                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|-------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|--|
| 日中一時支援      | 区分                                                         | 身障手帳                                                                                                                             |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |  |
|             |                                                            | 1級                                                                                                                               | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |  |
|             | ●                                                          | ●                                                                                                                                | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●   |  |
|             | サービス内容                                                     | 障がい者(児)の放課後等の日中における活動の場を確保し、社会に適応する訓練を行うとともに、障がい者等の家族に対する就労支援、一時的な休息の提供及び障がい者等の介護が出来なくなった場合の、一時的な保護を目的として行います。                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|             | 条件                                                         | 次の要件に該当する方で、日中において、一時的に見守り等の支援が必要と認められる障がい者(児)<br>①身体障害者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、もしくは早期の療育が必要な方<br>③精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 申請手続きに必要なもの | ○身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳<br>○印鑑 ○壱岐市障害者等日中一時支援事業利用登録申請書 |                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 問合せ先        |                                                            | 市民福祉課 48-1116                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 訪問入浴サービス    | 区分                                                         | 身障手帳                                                                                                                             |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |  |
|             |                                                            | 1級                                                                                                                               | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |  |
|             | ●                                                          | ●                                                                                                                                |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|             | サービス内容                                                     | 家庭において、入浴が困難な身体障がい者に対して、移動入浴車による入浴サービスを行いません。<br>ただし、利用は1週間に2回が限度です。                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|             | 条件                                                         | 在宅の身体障害者で、訪問入浴車両を使用しなければ入浴が困難な方<br>ただし、利用は1週間に2回が限度です<br><br>※介護保険対象者(65歳以上、特定疾病による場合は40歳以上65歳未満)の方は、介護保険による訪問入浴の利用となります。        |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 申請手続きに必要なもの | ○申請書<br>○身体障害者手帳<br>○印鑑                                    |                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 問合せ先        |                                                            | 市民福祉課 48-1116                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |

《⑥地域生活支援事業》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|                | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |       |    |         |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|----------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|---------|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                |             | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2級 | 3級    | 4級 | 5級      | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 入院時コミュニケーション支援 |             | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ●  |       |    |         |    | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    | ●   |
|                | サービス内容      | 意思疎通が困難で、かつ、介護者がいない者が医療機関に入院する場合に、日頃から本人を介護し、本人の意思を医療従事者等に伝えることができる者をコミュニケーション支援員として医療機関に派遣することにより、円滑な医療行為が行えるよう支援する                                                                                                                                                                                                                                             |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | 条件          | 下記のいずれにも該当する方<br>① 居住地が壱岐市内にある障害者又は障害児(施設に入所している者等を除く。)<br>② 壱岐市の支給決定を受け、障害福祉サービスに規定する居宅介護又は重度訪問介護のサービスを現に利用している障害者又は障害児<br>③ 自力で意思疎通を図ることが困難で、医療従事者等との間でコミュニケーション支援が必要であり、障害支援区分の認定に係る認定調査項目のうちコミュニケーション等に関連する次の項目について、いずれかが「1. 日常生活に支障がない(理解できる)」以外と認定されている障害者若しくは障害児<br>ア「3—3 コミュニケーション」、イ「3—4 説明の理解」<br>④ 単身世帯の障害者若しくは障害児又は介護者が障害や病気、仕事等で介護に制約がある世帯の障害者又は障害児 |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | 申請手続きに必要なもの | ○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または特定疾患医療受給者証の写し<br>○印鑑   ○申請書   ○委任状兼承諾書   ○利用開始(変更)届                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                |             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 成年後見制度利用支援     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | サービス内容      | 判断能力が不十分な知的障害者及び精神障害者が、成年後見制度を利用するにあたり、審判の申立てや必要経費の支弁、成年後見人に対する報酬など支援を行う                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | 条件          | 知的障害又は精神障害の状態にあるために意思能力に乏しく、日常生活を営むのに支障がある者もしくは、親族等の虐待を受けている者                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | 申請手続きに必要なもの | ○申立要請書   ○後見開始等審判の申立費用の請求について<br>○成年後見人等の報酬助成申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                |             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑦その他の在宅支援》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分            | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                 |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|-----|----|------|---------------|-----------------|---------|--------------|------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|               | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2級      | 3級              | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護          | <p>主治医の指示により、訪問看護ステーションの看護師などが障がい者の家庭を訪問し、看護サービスを行います。</p> <p>○ サービス内容<br/>           症状の観察・体位変換・食事、排泄の介助・清拭・入浴介助・カテーテル等の管理・家族の介護指導リハビリテーション等<br/>           ※ 介護保険適用または医療保険適用で利用料が異なります。</p> <p>【実施施設】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>施設名</th> <th>住所</th> <th>電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ひかり訪問看護ステーション</td> <td>岐阜市郷ノ浦町永田触275-2</td> <td>47-5903</td> </tr> <tr> <td>訪問看護ステーション勝本</td> <td>岐阜市石田町石田西触1071番地</td> <td>48-8008</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     | 施設名 | 住所 | 電話番号 | ひかり訪問看護ステーション | 岐阜市郷ノ浦町永田触275-2 | 47-5903 | 訪問看護ステーション勝本 | 岐阜市石田町石田西触1071番地 | 48-8008 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 住所      | 電話番号            |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ひかり訪問看護ステーション | 岐阜市郷ノ浦町永田触275-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 47-5903 |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問看護ステーション勝本  | 岐阜市石田町石田西触1071番地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 48-8008 |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 条件            | 病気や事故等の状態にあり、家庭での療養で看護を必要とされる方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請手続きに必要なもの   | 訪問看護ステーションに直接申し込むか、主治医に相談してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         | 訪問看護ステーション、医療機関 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |     |    |      |               |                 |         |              |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 《⑦その他の在宅支援》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

…必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

| 身障手帳療育手帳精神手帳 |                           |                                                                                                                                                                                        |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|--------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 区分           | 1級                        | 2級                                                                                                                                                                                     | 3級                 | 4級 | 5級 | 6級 | A1 | A2 | B1 | B2 | 1級 | 2級 | 3級 | 難病等 |
|              |                           |                                                                                                                                                                                        |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|              | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります) |                                                                                                                                                                                        |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 車いす貸与        | サービス内容                    | 冠婚葬祭や行事などの参加のために車いすを必要とされる方、またはケガなどで歩行が困難な方に対し、原則、1カ月を限度として貸し出します。                                                                                                                     |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|              | 条件                        | 原則、次の要件すべてに該当する方<br>○壱岐市に居住している方<br>○身体障害者手帳の制度又は、介護保険制度その他の制度の適用を受けられない方<br>○在宅の方(入院中や福祉施設に入所中の場合は不可)<br>○介護保険で「要支援」や「要介護」に認定されていない方<br>※ 上記に該当しない場合でも冠婚葬祭や行事の参加等の理由で一時的に車いすを必要とされる場合 |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|              | 申請手続に必要なもの                | ○車いす貸与申請書(兼借用書)<br>○印鑑                                                                                                                                                                 |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 問合せ先         |                           |                                                                                                                                                                                        | 壱岐市社会福祉協議会 47-5005 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

《⑧専門相談》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 難病医療相談 | 区分          | 身障手帳                                                  |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|--------|-------------|-------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|        |             | 1級                                                    | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|        |             |                                                       |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        |             | (手帳を持っていない方でも対象になる事があります)                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 難病医療相談 | サービス内容      | 難病患者やご家族からの療養生活に関する相談に応じます。また、医療相談会や、関係者への研修会も行っています。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 条件          | 難病患者・小児慢性疾病患者及びその家族                                   |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 申請手続きに必要なもの | 詳しくはお尋ねください。                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先   |             | 彦岐保健所 47-0260                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

# 《⑨精神保健》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|                  | 区分     | 身障手帳                                                                                                                                                                                                             |                                          |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                  |        | 1級                                                                                                                                                                                                               | 2級                                       | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 精神保健相談           | サービス内容 | ① こころの健康づくり、自殺関連、高次脳機能障害、ひきこもり、アルコール依存症など嗜癖問題、認知症など精神保健に関する相談に応じます。<br>○精神科医師(嘱託医)の相談……月2回不定期(要予約)<br>○保健師、作業療法士または社会福祉職の相談……随時<br>② こころの悩み等について相談に応じています。相談内容により適宜関係機関と連携し支援に繋いでいます。また、こころの健康づくりに関する普及啓発をしています。 |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 条件     | 精神保健に関することでお困りの方やその家族                                                                                                                                                                                            |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 申請手続きに | 必要なもの                                                                                                                                                                                                            |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 問合せ先   |                                                                                                                                                                                                                  | ①については沓岐保健所 47-0260 ②については市健康保健課 45-1114 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| アルコール依存症者及び家族の相談 | 区分     | 身障手帳                                                                                                                                                                                                             |                                          |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                  | 1級     | 2級                                                                                                                                                                                                               | 3級                                       | 4級 | 5級 | 6級 | A1 | A2   | B1 | B2 | 1級 | 2級   | 3級 |    |     |
|                  | サービス内容 | アルコール依存症がある当事者及び家族の方の相談を受けています。                                                                                                                                                                                  |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 条件     | アルコール依存症にお悩みの方や、その家族                                                                                                                                                                                             |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| アルコール依存症者及び家族の相談 | 申請手続きに | 必要なもの                                                                                                                                                                                                            |                                          |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 問合せ先   |                                                                                                                                                                                                                  | 沓岐保健所 47-0260 または 市健康保健課 45-1114         |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩交通費の割引・助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

JR

サービス内容

| 区分 | 身体障害者手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神障害者保健福祉手帳 |    |    |  | 難病等 |
|----|---------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|-------------|----|----|--|-----|
|    | 1級      | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級          | 2級 | 3級 |  |     |
|    | ●       | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  |             |    |    |  |     |

JR各社の協力によって、鉄道運賃が割引されます。(5割引)

1.身体障がい者

| 区分                       |            | 割引を受けれるもの                       |
|--------------------------|------------|---------------------------------|
| 第 1 種<br>障がい児者           | 介護付で乗車する場合 | 普通乗車券、急行券(特別急行券を除く)、定期乗車券、回数乗車券 |
|                          | 単独で乗車する場合  | 普通乗車券<br>(片道101km以上利用の場合に限る)    |
| 第2種障がい児者                 |            | 普通乗車券<br>(片道101km以上利用の場合に限る)    |
| 12歳未満の第2種障がい児が介護付で乗車する場合 |            | 定期乗車券(介護者)                      |

2.知的障がい者

| 区分                          |            | 割引を受けれるもの                       |
|-----------------------------|------------|---------------------------------|
| 第 1 種<br>知的障がい児者<br>(A1・A2) | 介護付で乗車する場合 | 普通乗車券、急行券(特別急行券を除く)、定期乗車券、回数乗車券 |
|                             | 単独で乗車する場合  | 普通乗車券<br>(片道101km以上利用の場合に限る)    |
| 第2種知的障がい児者<br>(B1・B2)       |            | 普通乗車券<br>(片道101km以上利用の場合に限る)    |
| 12歳未満の第2種知的障がい児が介護付で乗車する場合  |            | 定期乗車券(介護者)                      |

条件

○介護者が割引を受けるには、購入する乗車券の種類、乗車区間、期間が身体障がい者または知的障がい者と同一で同時購入でなければなりません。  
○介護者に対して、発売する定期乗車券は通勤乗車券に限られます。

申請手続きに必要なもの

身体障害者手帳または療育手帳の提示

問合せ先

各JR各社

《⑩交通費の割引・助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|             |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 電車          | 区分                                                                                                                                                                                                                                 | 身障手帳                                                                                                                                       |       |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             |                                                                                                                                                                                                                                    | 1級                                                                                                                                         | 2級    | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             | ●                                                                                                                                                                                                                                  | ●                                                                                                                                          | ●     | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |    |      |    |    |     |
|             | サービス内容                                                                                                                                                                                                                             | 鉄道会社の協力によって、電車の運賃が割引されます。(5割引)<br>1. 第1種身体障がい者または、第1種知的障がい者(A1・A2)の本人及び介護者(大人のみ)<br>2. 第2種の身体障がい者または、知的障がい者(B1・B2)本人<br><br>※定期券の割引はありません。 |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 条件                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| バス          | 申請手続きに必要なもの                                                                                                                                                                                                                        | 身体障害者手帳または療育手帳の提示                                                                                                                          |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                            | 各鉄道会社 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 区分                                                                                                                                                                                                                                 | 身障手帳                                                                                                                                       |       |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
| 1級          |                                                                                                                                                                                                                                    | 2級                                                                                                                                         | 3級    | 4級 | 5級 | 6級 | A1 | A2   | B1 | B2 | 1級 | 2級   | 3級 |    |     |
| ●           | ●                                                                                                                                                                                                                                  | ●                                                                                                                                          | ●     | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |     |
| サービス内容      | バス会社の協力によって、バス運賃が割引されます。(5割引)<br>1. 第1種身体障がい者または第1種知的障がい者(A1・A2)の場合は、本人及び介護者について割引されます。<br>2. 第2種身体障がい者または第2種知的障がい者(B1・B2)の場合は、本人のみ割引されます。<br>3. 精神障害者保健福祉手帳1級の場合は本人及び介護者について割引されます。<br>2級・3級の場合は本人のみ割引されます。<br>4. 定期乗車証は3割引になります。 |                                                                                                                                            |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | 写真貼付がない精神障害者保健福祉手帳の場合、「備考欄」にてたて4cmよこ3cmの本人の顔写真を貼付する必要があります。                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                            |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの | 身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の提示                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        |                                                                                                                                                                                                                                    | 各バス会社                                                                                                                                      |       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩交通費の割引・助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|        | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                     |    |               |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|        |             | 1級                                                                                                                                       | 2級 | 3級            | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| タクシー   |             | ●                                                                                                                                        | ●  | ●             | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |
|        | サービス内容      | タクシー会社の協力により、タクシー運賃の基本料金が割引されます。(1割引)                                                                                                    |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 条件          |                                                                                                                                          |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 申請手続きに必要なもの | 身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳の提示                                                                                                           |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        |             | 問合せ先                                                                                                                                     |    | 各タクシー会社       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                     |    |               |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|        |             | 1級                                                                                                                                       | 2級 | 3級            | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 福祉タクシー |             | ●                                                                                                                                        | ●  |               |    |    |    | ●    | ●  | ●  | ●  |      |    |    |     |
|        | サービス内容      | 在宅の重度障がい者で、次の要件に該当する方にタクシー料金の一部を助成します。<br>①年間36枚を上限に、1枚につき基本料金から90%割引されます。<br>②車いす利用者はリフト付タクシーも利用できます。<br>※ 再交付はありませんので、紛失されないようご注意ください。 |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 条件          | ○在宅の1、2級の身体障害者手帳所持者で車いすを常用している方<br>○在宅の療育手帳A1・A2と判断された方<br>○在宅の視覚障害者のうち所得税非課税世帯等条件に該当する方                                                 |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 申請手続きに必要なもの | ○身体障害者手帳または療育手帳<br>○印鑑<br>○申請書                                                                                                           |    |               |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        |             | 問合せ先                                                                                                                                     |    | 市民福祉課 48-1116 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩交通費の割引・助成》

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ★サービスの内容等が変更になる場合があります。 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

航空

サービス内容

条件

申請手続きに

| 区分 | 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |  | 難病等 |
|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|--|-----|
|    | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |  |     |
|    | ●    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  |      |    |    |  |     |

航空会社の協力によって、航空運賃が割引されます。  
(各航空会社で割引率が違います。)

1. 身体障がい者

| 区分        | 割引対象者         |                |
|-----------|---------------|----------------|
| 第1種身体障がい者 | 本人<br>(12歳以上) | 介護者<br>(12歳以上) |
| 第2種身体障がい者 | 本人<br>(12歳以上) |                |

2. 知的障がい者

| 区分                                  | 割引対象者         |                |
|-------------------------------------|---------------|----------------|
| 第1種知的障がい者(A1・A2)<br>※介護者なしの場合は割引対象外 | 本人<br>(12歳以上) | 介護者<br>(12歳以上) |
| 第2種知的障がい者(B1・B2)                    | 本人<br>(12歳以上) |                |

○定期航空路線の国内線のみ割引  
○12歳未満の本人及び第2種の介護者は割引されません。  
○介護者は、介護割引があり、障がい者と共に同一行動を要します。  
○知的障がい者は、療育手帳に割引対象者である旨の証明印が必要です。  
○第1種の場合、身体障がい者は単独で利用できますが知的障がい者の場合は、介護者と共に、利用する場合に限ります。

※ 詳しい割引率については各航空会社のホームページでご確認いただくか、航空会社に直接お尋ねください。

身体障害者手帳または療育手帳の提示

問合せ先

各航空会社

《⑩交通費の割引・助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|        | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                        |    |              |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|--------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|        |             | 1級                                                                                                                                                          | 2級 | 3級           | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 九州郵船   |             | ●                                                                                                                                                           | ●  | ●            | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |
|        | サービス内容      | 船舶会社の協力によって、船賃が割引されます。(5割引)<br>①第1種身体障がい者または第1種知的障がい者(A1・A2)の本人及び介護者<br>②第2種の身体障がい者または知的障がい者(B1・B2)本人<br>③精神障がい者本人<br>④特定医療費(指定難病)受給者本人<br>⑤小児慢性特定疾病医療受給者本人 |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 条件          |                                                                                                                                                             |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 申請手続きに必要なもの | 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定医療費(指定難病)受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証の提示                                                                                                  |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        |             | 問合せ先                                                                                                                                                        |    | 九州郵船 47-0003 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                        |    |              |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|        |             | 1級                                                                                                                                                          | 2級 | 3級           | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 三島フェリー |             | ●                                                                                                                                                           | ●  | ●            | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  |      |    |    |     |
|        | サービス内容      | ○心身障害者(児)が容易に社会参加できるようにするため、旅客船運賃の一部を助成します。<br>(介護者についても、旅客船運賃の一部を助成します。)                                                                                   |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 条件          | ①第1種身体障がい者または第1種知的障がい者(A1・A2)の本人及び介護者<br>②第2種の身体障がい者または知的障がい者(B1・B2)の本人及び介護者                                                                                |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        | 申請手続きに必要なもの | ○身体障害者手帳、療育手帳                                                                                                                                               |    |              |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|        |             | 問合せ先                                                                                                                                                        |    | 市総務課 48-1111 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

# 《⑩交通費の割引・助成》

- …必ず手帳が必要なサービスです。
- …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

| 区分               | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |  | 難病等 |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|--|-----|---------|------------|----------------|---------|-----------------------------------------|------------------|--------------------|
|                  | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2級                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
|                  | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ●                                                                                                                                                                                                                                                                            | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
| サービス内容           | 料金所で通行料金を支払うごとに、手帳に記載した証明(対象者である旨の表示)を提示することにより、有料道路の通行料金の割引が受けられます。(5割引)<br>ただし、事前に車の登録が必要です。また、ETC利用での割引もあります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
|                  | <div>【対象となる場合】</div> <table><tr><th>区 分</th><th>対象となる手帳</th><th>対象となる事の所有者</th></tr><tr><td>手帳所持者本人が運転する場合</td><td>身体障害者手帳</td><td>本人・配偶者・直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者、並びに同居の親族</td></tr><tr><td>本人が乗車し介護者が運転する場合</td><td>第1種身体障害者手帳<br/>療育手帳</td><td>本人、親族及び継続して、日常的に介護している方</td></tr></table> <p>※第2種の身体障害者手帳所持者については本人運転のみが対象</p>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  | 区 分 | 対象となる手帳 | 対象となる事の所有者 | 手帳所持者本人が運転する場合 | 身体障害者手帳 | 本人・配偶者・直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者、並びに同居の親族 | 本人が乗車し介護者が運転する場合 | 第1種身体障害者手帳<br>療育手帳 |
| 区 分              | 対象となる手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 対象となる事の所有者                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
| 手帳所持者本人が運転する場合   | 身体障害者手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 本人・配偶者・直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者、並びに同居の親族                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
| 本人が乗車し介護者が運転する場合 | 第1種身体障害者手帳<br>療育手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 本人、親族及び継続して、日常的に介護している方                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
| 有料道路条件           | ○障がい者1人につき1台に限ります。<br>○対象自動車の範囲・・・「自家用・事業用の別」の欄に「自家用」と記載されている車(事業用対象外)<br><br>＜車種要件＞「車検証」において、次の要件に該当していること<br>【乗用自動車】→「用途」欄に「乗用」と記載されているもので乗車定員が10人以下のもの<br>【貨物自動車】→「用途」欄に「貨物」と記載されているもので後部座席が設置され乗用定員が4～10人以下のうち、乗車設備と荷台に仕切りがないものまたは乗車設備と荷台が仕切られて、最大積載量が500kg以下のもの<br><br>＜対象とならない車＞<br>○レンタカー、タクシー、軽トラック、車検・修理時の代車、福祉施設の所有する自動車等<br>○車検証の「所有者」の名義が法人名義になっている自動車(ローン支払い中のものは除く)<br><br>＜割引有効期間＞<br>割引有効期間は、新規及び変更の申請時においては、その手続を終了した日からその後2回目の誕生日までとなります。また、更新申請手続きは、割引有効期限の2ヶ月前から行うことができます。<br>市役所からの更新案内はございませんのでご注意ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
|                  | 申請手続きに必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 【申請に必要なもの】<br><br>ETCを利用しない場合<br>○身体障害者手帳または療育手帳<br>○車検証    ○運転免許証(本人運転の場合のみ)<br><br>ETCを利用する場合<br>○身体障害者手帳または療育手帳<br>○車検証    ○運転免許証(本人運転の場合のみ)<br>○ETCカード(障がい者本人名義のもの)※未成年の場合は保護者名義のもの<br>○ETC車載器のセットアップ申込書・証明書<br>※ 市民福祉課で発行された「ETC利用対象者証明書」を同時にお渡しする封筒に入れ、切手を貼って郵送してください。 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |
| 問合せ先             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 市民福祉課    48-1116                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |         |            |                |         |                                         |                  |                    |

《⑩交通費の割引・助成》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               |       |    |         |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|             | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2級                                                                                                                                                                                                            | 3級    | 4級 | 5級      | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                               |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | <p>○ 障害者(児)等が施設からの帰省若しくは施設入退所するため、又は障害者(児)の家族等が障害者(児)の送迎若しくは施設において面会するために、公共の交通機関を利用した場合に、その交通費の一部を助成する施設において面会するために、公共交通機関を利用した場合に、その交通費の一部を助成する。</p> <p>○ 用する場合は、1箇月間に1往復を限度、当該月内に船舶及び航空機の利用がある場合は、どちらか一方の額を助成する。</p> <p>○ 助成金の振込については、8月(4～6月分)、11月(7～9月分)、2月(10～12月分)、5月(1～3月分)に分けて、登録された名義の口座に振り込みます。</p> |                                                                                                                                                                                                               |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 条件                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>○ 市が利用決定を行った療養介護、施設入所支援若しくは短期入所のいずれかのサービスを受けている者若しくは受けようとする者又は長崎県が利用決定を行った障害児入所支援のサービスを受けている者若しくは受けようとする者</p> <p>○ ただし、世帯内最高所得者の所得が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令に規定する所得制限限度額を超える世帯に属する者や、施設から交通費を支給されている者を除く</p>  |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>【申請に必要なもの】</p> <p>○身体障害者手帳、療育手帳もしくは精神障害者保健福祉手帳</p> <p>○申請書 ○受給者名簿の通帳</p> <p>【請求に必要なもの】</p> <p>○助成金請求書</p> <p>○証明書 ○領収書(原本)</p> <p>※ 請求月は、4月(1～3月分交通費)、7月(4～6月分交通費)、10月(7～9月分交通費)、1月(10～12月分交通費)の年4回です。</p> |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑪自 動 車》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|              | 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |    |         |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|--------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|---------|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|              |             | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2級 | 3級    | 4級 | 5級      | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 自動車改造費の助成    |             | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ●  |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | サービス内容      | 重度の身体障がい者が就労等に伴い、自ら所有する自動車を改造する際に、障がいに応じた改造に要する費用を助成します。<br>1. 対象となる改造部位<br>操行装置及び駆動装置の一部改造<br>2. 助成額<br>上限10万円。<br>ただし、10万円以下の改造の場合は実際に要した額                                                                                                                                                              |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | 条件          | ○次の要件の全てに該当する方<br>①満18歳以上で、身体障害者手帳1、2級(上肢・下肢または体幹機能障害)の方<br>②現に運転免許証を取得されている方<br>③所得制限にかからない方(福祉医療の受給資格のある方)<br>④就労等、改造根拠が社会参加のためであること<br><br>※改造前に申請が必要です。<br>※自動車は本人名義に限ります。                                                                                                                            |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | 申請手続きに必要なもの | ○自動車改造費助成金交付申請書      ○印鑑<br>○改造の見積書                      ○身体障害者手帳<br><br>【改造完了後提出書類】<br>○完了届                      ○印鑑                      ○完了後の写真<br>○請求書                      ○本人名義の通帳                                                                                                                  |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              |             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 自動車運転免許取得費助成 |             | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ●  | ●     | ●  |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | サービス内容      | 身体障がい者が就労または就学が見込まれる等社会活動上の必要性から自動車運転免許を取得する場合に、その費用の一部を助成します。<br>○助成額 1人当り10万円限度                                                                                                                                                                                                                         |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | 条件          | ○就労・就学が見込まれる等社会参加が可能であって、次の要件の全てに該当する方<br>①身体障害者手帳1～4級の交付を受けている60歳未満方<br>②施設等に入所していない方<br>③所得制限にかからない方(福祉医療の受給資格のある方)<br><br>※免許取得前に申請が必要です。                                                                                                                                                              |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              | 申請手続きに必要なもの | ○申請書      ○身体障害者手帳                      ○県公安委員会発行の運転適性相談結果票(内部障がいのみ場合は除く)<br>○印鑑      ○事業計画書                      ○身体障害者手帳      ○収支見積書      ○学生の場合は在学証明書<br><br>【免許取得後提出書類】<br>○実績報告書                      ○事業実績書                      ○収支実績書      ○運転免許証      ○本人名義の通帳<br>○請求書                      ○領収書 |    |       |    |         |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|              |             | 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 市民福祉課 |    | 48-1116 |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑪自 動 車》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                       | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                              |      |                              |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|------|------------------------------|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|-----------|-----------|------|--------------|------|--------|--------|----|-------|---------------|-------|--------|-------|--------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|------|------------------------------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|--------|
|                          | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2級                | 3級                           | 4級   | 5級                           | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
|                          | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ●                 | ●                            | ●    | ●                            |    | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| サービス内容                   | 1. 所轄の警察署で駐車禁止除外の標章の交付を受けること<br>2. 駐車時には許可証を運転席の前面に置くこと<br>※ 法定区域(交差点・トンネル・坂の頂上付近等)には駐車できません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 駐車禁止の除外措置                | 駐車禁止除外措置の対象となる障がいの種別・程度は下記のとおりです。<br><br>◎駐車禁止除外措置対象 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>障 害 の 種 別</th> <th>障 害 の 等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視覚障害</td> <td>1級から3級及び4級の1</td> </tr> <tr> <td>聴覚障害</td> <td>2級及び3級</td> </tr> <tr> <td>平衡機能障害</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>上肢不自由</td> <td>1級、2級の1及び2級の2</td> </tr> <tr> <td>下肢不自由</td> <td>1級から5級</td> </tr> <tr> <td>体幹不自由</td> <td>1級から3級</td> </tr> <tr> <td>乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害</td> <td> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>上肢機能</td> <td>1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>下肢機能</td> <td>1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>心臓機能障害</td> <td>1級及び3級</td> </tr> <tr> <td>じん臓機能障害</td> <td>1級及び3級</td> </tr> <tr> <td>呼吸器機能障害</td> <td>1級及び3級</td> </tr> <tr> <td>膀胱または直腸の機能障害</td> <td>1級及び3級</td> </tr> <tr> <td>小腸機能障害</td> <td>1級及び3級</td> </tr> <tr> <td>肝臓機能障害</td> <td>1級から3級</td> </tr> <tr> <td>ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害</td> <td>1級から3級</td> </tr> </tbody> </table> |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     | 障 害 の 種 別 | 障 害 の 等 級 | 視覚障害 | 1級から3級及び4級の1 | 聴覚障害 | 2級及び3級 | 平衡機能障害 | 3級 | 上肢不自由 | 1級、2級の1及び2級の2 | 下肢不自由 | 1級から5級 | 体幹不自由 | 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 | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>上肢機能</td> <td>1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>下肢機能</td> <td>1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> </table> | 上肢機能 | 1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く) | 下肢機能 | 1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く) | 心臓機能障害 | 1級及び3級 | じん臓機能障害 | 1級及び3級 | 呼吸器機能障害 | 1級及び3級 | 膀胱または直腸の機能障害 | 1級及び3級 | 小腸機能障害 | 1級及び3級 | 肝臓機能障害 | 1級から3級 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 | 1級から3級 |
| 障 害 の 種 別                | 障 害 の 等 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 視覚障害                     | 1級から3級及び4級の1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 聴覚障害                     | 2級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 平衡機能障害                   | 3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 上肢不自由                    | 1級、2級の1及び2級の2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 下肢不自由                    | 1級から5級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 体幹不自由                    | 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 | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>上肢機能</td> <td>1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>下肢機能</td> <td>1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く)</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 上肢機能              | 1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く) | 下肢機能 | 1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く) |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 上肢機能                     | 1級及び2級(一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 下肢機能                     | 1級から3級(一下肢のみに運動機能障害がある場合を除く)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 心臓機能障害                   | 1級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| じん臓機能障害                  | 1級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 呼吸器機能障害                  | 1級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 膀胱または直腸の機能障害             | 1級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 小腸機能障害                   | 1級及び3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 肝臓機能障害                   | 1級から3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害      | 1級から3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 申請手続に必要なもの               | 住所地の所轄警察署で駐車禁止除外の標章の交付申請を行ってください。<br>○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳<br>○印鑑                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |
| 問合せ先                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 所轄警察署の交通課 47-0110 |                              |      |                              |    |      |    |    |    |      |    |    |     |           |           |      |              |      |        |        |    |       |               |       |        |       |        |                          |                                                                                                                                                                                |      |                              |      |                              |        |        |         |        |         |        |              |        |        |        |        |        |                     |        |

《⑪自 動 車》

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

| 区分                  | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |          |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |  | 難病等     |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|--|---------|--|---------|-------|--|--------|-------------|------|------|--------|-------|----------|--|------|-------|----|--------|----|--------|----|--------|------------|------|--------|------|--------|----------------------------|--------|----------|--------|----------|---------|----------|-------------|----------|--------|----------|--------|--------|---------------------|
|                     | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2級            | 3級       | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ●             | ●        | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| サービス内容              | 身体障害者用駐車場のうち、管理者の協力を得た駐車場を、県内共通の利用証(パーキング・パーミット)を掲示することで利用できる制度です。<br>身体に障がいのある方、高齢者、妊産婦などの方も利用できます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 条件                  | 長崎県パーキング・パーミット利用証交付基準                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | <div>◎身体障害者</div> <table><thead><tr><th colspan="2">身体障害者区分</th><th>身体障害者区分</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">視覚障害者</td><td>1級から4級</td></tr><tr><td rowspan="2">聴覚または平衡機能障害</td><td>聴覚障害</td><td>該当なし</td></tr><tr><td>平衡機能障害</td><td>3級、5級</td></tr><tr><td colspan="2">音声言語機能障害</td><td>該当なし</td></tr><tr><td rowspan="6">肢体不自由</td><td>上肢</td><td>1級から2級</td></tr><tr><td>下肢</td><td>1級から6級</td></tr><tr><td>体幹</td><td>1級から5級</td></tr><tr><td rowspan="2">脳原性の運動機能障害</td><td>上肢機能</td><td>1級から2級</td></tr><tr><td>移動機能</td><td>1級から6級</td></tr><tr><td rowspan="7">心臓、腎臓、呼吸器、膀胱または直腸、小腸、肝臓の障害</td><td>心臓機能障害</td><td>1級、3級、4級</td></tr><tr><td>腎臓機能障害</td><td>1級、3級、4級</td></tr><tr><td>呼吸器機能障害</td><td>1級、3級、4級</td></tr><tr><td>膀胱または直腸機能障害</td><td>1級、3級、4級</td></tr><tr><td>小腸機能障害</td><td>1級、3級、4級</td></tr><tr><td>肝臓機能障害</td><td>1級から3級</td></tr><tr><td>ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害</td><td>1級から4級</td></tr></tbody></table> <div>○ 知的障害者 障害の程度が重度の方(療育手帳の障害の程度欄「A1・A2」)<br/>○ 難病者 特定疾患医療受給者<br/>○ けが人 車いす、杖等使用期間<br/>○ 妊産婦 妊娠7カ月～産後3ヶ月<br/>○ 高齢者 要介護度1以上</div> |               |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  | 身体障害者区分 |  | 身体障害者区分 | 視覚障害者 |  | 1級から4級 | 聴覚または平衡機能障害 | 聴覚障害 | 該当なし | 平衡機能障害 | 3級、5級 | 音声言語機能障害 |  | 該当なし | 肢体不自由 | 上肢 | 1級から2級 | 下肢 | 1級から6級 | 体幹 | 1級から5級 | 脳原性の運動機能障害 | 上肢機能 | 1級から2級 | 移動機能 | 1級から6級 | 心臓、腎臓、呼吸器、膀胱または直腸、小腸、肝臓の障害 | 心臓機能障害 | 1級、3級、4級 | 腎臓機能障害 | 1級、3級、4級 | 呼吸器機能障害 | 1級、3級、4級 | 膀胱または直腸機能障害 | 1級、3級、4級 | 小腸機能障害 | 1級、3級、4級 | 肝臓機能障害 | 1級から3級 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |
| 身体障害者区分             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 身体障害者区分       |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 視覚障害者               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級から4級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 聴覚または平衡機能障害         | 聴覚障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 該当なし          |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | 平衡機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3級、5級         |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 音声言語機能障害            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 該当なし          |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 肢体不自由               | 上肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1級から2級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | 下肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1級から6級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | 体幹                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1級から5級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | 脳原性の運動機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 上肢機能          | 1級から2級   |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 移動機能          | 1級から6級   |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
|                     | 心臓、腎臓、呼吸器、膀胱または直腸、小腸、肝臓の障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 心臓機能障害        | 1級、3級、4級 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 腎臓機能障害              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級、3級、4級      |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 呼吸器機能障害             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級、3級、4級      |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 膀胱または直腸機能障害         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級、3級、4級      |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 小腸機能障害              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級、3級、4級      |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 肝臓機能障害              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級から3級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1級から4級        |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 申請手続きに必要なもの         | <div>○身体障害者手帳、療育手帳<br/>○母子健康手帳、介護保険被保険者証<br/>○診断書、特定疾患医療受給者証</div> <div>※ 支所でも手続きができます。</div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |
| 問合せ先                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 市民福祉課 48-1116 |          |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |         |  |         |       |  |        |             |      |      |        |       |          |  |      |       |    |        |    |        |    |        |            |      |        |      |        |                            |        |          |        |          |         |          |             |          |        |          |        |        |                     |



# 《⑫税の減免等》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----|---------|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|------|-------------|-------------|-----|-----------|------|-----|-------|------|---------|----|------|-----|----------------------|---|-----|-------|------|-----|--------------------------------------|----------------------------------------|-----|---------|------|------------|-------|------|--------|------|------|-----|------|------|-------|------------------|------|-------|-------------------------|
| 区分         | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |    |         |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|            | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2級                                     | 3級 | 4級      | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|            | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ●                                      | ●  | ●       | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| サービス内容     | 次に該当する軽自動車等については、軽自動車税が減免される場合があります。<br>1. 身体障がい者等またはその家族(生計を一にするもの)が所有し、当該身体障がい者等が運転する車両<br>2. 身体障がい者等またはその家族(生計を一にするもの)が所有し、専らその身体障がい者等の通院、通学、通所または生業のためにその家族が運転する車両<br>3. 身体障がい者等のみで構成される世帯の方が所有し、専らその身体障がい者等の通院、通学、通所または生業のために当該身体障がい者等を常時介護する方が運転する車両<br>4. 身体障がい者等のために構造変更された車両<br><br>※ 詳しいことは税務課にお尋ねください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 軽自動車税の減免   | ○減免対象車は普通自動車を含め一台です。<br>○事業用のものは除きます。<br>○減免の申請期間は、5月31日までです。<br>○変更等がない限り、翌年以降減免申請書の提出は必要ありません。<br><br>◎減免の対象となる障害の種別・程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|            | <table><tr><td>障害種別</td><td>運転者本人が運転の場合</td><td>同一生計者が運転の場合</td></tr><tr><td>視 覚</td><td>1～3級、4級の1</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>聴 覚</td><td>2級・3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>平 衡 障 害</td><td>3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>音 声</td><td>3級(喉頭摘出による音声機能障がいの方)</td><td>—</td></tr><tr><td>上 肢</td><td>1級・2級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>下 肢</td><td>1～6級、7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級</td><td>1～3級、4～7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級</td></tr><tr><td>体 幹</td><td>1～3級・5級</td><td>1～3級</td></tr><tr><td>脳原性障がい(上肢)</td><td>1級・2級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>〃 (移動)</td><td>1～6級</td><td>1～3級</td></tr><tr><td>内 部</td><td>1～3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>知的障がい</td><td>重度の知的障がい者(A1・A2)</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>精神障がい</td><td>1級(自立支援医療受給者証が交付されている方)</td><td>左と同じ</td></tr></table><br>※戦傷病者手帳をお持ちの方についても、減免となる場合がありますので詳しくはお尋ねください。 |                                        |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     | 障害種別 | 運転者本人が運転の場合 | 同一生計者が運転の場合 | 視 覚 | 1～3級、4級の1 | 左と同じ | 聴 覚 | 2級・3級 | 左と同じ | 平 衡 障 害 | 3級 | 左と同じ | 音 声 | 3級(喉頭摘出による音声機能障がいの方) | — | 上 肢 | 1級・2級 | 左と同じ | 下 肢 | 1～6級、7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 | 1～3級、4～7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 | 体 幹 | 1～3級・5級 | 1～3級 | 脳原性障がい(上肢) | 1級・2級 | 左と同じ | 〃 (移動) | 1～6級 | 1～3級 | 内 部 | 1～3級 | 左と同じ | 知的障がい | 重度の知的障がい者(A1・A2) | 左と同じ | 精神障がい | 1級(自立支援医療受給者証が交付されている方) |
| 障害種別       | 運転者本人が運転の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 同一生計者が運転の場合                            |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 視 覚        | 1～3級、4級の1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 聴 覚        | 2級・3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 平 衡 障 害    | 3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 音 声        | 3級(喉頭摘出による音声機能障がいの方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | —                                      |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 上 肢        | 1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 下 肢        | 1～6級、7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1～3級、4～7級で他の障がいを複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 体 幹        | 1～3級・5級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1～3級                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 脳原性障がい(上肢) | 1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 〃 (移動)     | 1～6級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1～3級                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 内 部        | 1～3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 知的障がい      | 重度の知的障がい者(A1・A2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 精神障がい      | 1級(自立支援医療受給者証が交付されている方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 左と同じ                                   |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 申請手続に必要なもの | ○車検証<br>○減免申請書<br>○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(自立支援医療受給者証が交付されている方)<br>○運転免許証<br>○印鑑<br>○通院・通学・通所等証明書(家族運転・常時介護者運転の場合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |    |         |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 問合せ先       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 市税務課                                   |    | 48-1118 |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                      |                                        |     |         |      |            |       |      |        |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |

## 《⑫税の減免等》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|------|-------------|-------------|-----|-----------|------|-----|-------|------|---------|----|------|-----|----------------------|---|-----|-------|------|-----|-------------------------------------|---------------------------------------|-----|---------|------|------------|-------|------|-------|------|------|-----|------|------|-------|------------------|------|-------|-------------------------|
|             | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2級                                    | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|             | ●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ●                                     | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| サービス内容      | 次に該当するものについては、自動車税、自動車取得税が減免される場合があります。<br>1. 身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方（身体障がい者等）またはその家族（生計を一にするもの）が所有（取得）し、当該身体障がい者等が運転する自動車<br>2. 身体障がい者等またはその家族（生計を一にするもの）が所有（取得）し、専らその身体障がい者等の通院、通学、通所または 生業のために運転する自動車<br>3. 身体障がい者等のみの世帯の方が所有（取得）する車両で、常時介護する方が専らその身体障がい者等の通院、通学、通所または生業のために運転する自動車<br>4. 身体障がい者等のために構造変更された自動車<br><br>※詳しくは、壱岐振興局税務課にお尋ねください。<br>また、県のホームページ <a href="https://www.pref.nagasaki.jp/section/zeimu/">https://www.pref.nagasaki.jp/section/zeimu/</a> でも内容の閲覧及び申請書の入手ができます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|             | 自動車税・自動車取得税の減免                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 条件          | ○減免対象車は軽自動車を含め一台です。<br>○減免対象車の運転者は、別の減免対象車（軽自動車を含む）の運転者にはなれません。<br>○事業用のものを除きます。（「サービスの内容」1～3の場合）<br>○減免申請の期限については壱岐振興局税務課にお尋ねください。<br><br>◎減免の対象となる障害の種別・程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|             | <table><tr><th>障害種別</th><th>運転者本人が運転の場合</th><th>同一生計者が運転の場合</th></tr><tr><td>視 覚</td><td>1～3級、4級の1</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>聴 覚</td><td>2級・3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>平 衡 障 害</td><td>3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>音 声</td><td>3級（喉頭摘出による音声機能障がいの方）</td><td>—</td></tr><tr><td>上 肢</td><td>1級・2級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>下 肢</td><td>1～6級、7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級</td><td>1～3級、4～7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級</td></tr><tr><td>体 幹</td><td>1～3級・5級</td><td>1～3級</td></tr><tr><td>脳原性障がい（上肢）</td><td>1級・2級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>〃（移動）</td><td>1～6級</td><td>1～3級</td></tr><tr><td>内 部</td><td>1～3級</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>知的障がい</td><td>重度の知的障がい者（A1・A2）</td><td>左と同じ</td></tr><tr><td>精神障がい</td><td>1級（自立支援医療受給者証が交付されている方）</td><td>左と同じ</td></tr></table><br>※戦傷病者手帳をお持ちの方についても、減免となる場合がありますので詳しくはお尋ねください。 |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     | 障害種別 | 運転者本人が運転の場合 | 同一生計者が運転の場合 | 視 覚 | 1～3級、4級の1 | 左と同じ | 聴 覚 | 2級・3級 | 左と同じ | 平 衡 障 害 | 3級 | 左と同じ | 音 声 | 3級（喉頭摘出による音声機能障がいの方） | — | 上 肢 | 1級・2級 | 左と同じ | 下 肢 | 1～6級、7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 | 1～3級、4～7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 | 体 幹 | 1～3級・5級 | 1～3級 | 脳原性障がい（上肢） | 1級・2級 | 左と同じ | 〃（移動） | 1～6級 | 1～3級 | 内 部 | 1～3級 | 左と同じ | 知的障がい | 重度の知的障がい者（A1・A2） | 左と同じ | 精神障がい | 1級（自立支援医療受給者証が交付されている方） |
| 障害種別        | 運転者本人が運転の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 同一生計者が運転の場合                           |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 視 覚         | 1～3級、4級の1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 聴 覚         | 2級・3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 平 衡 障 害     | 3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 音 声         | 3級（喉頭摘出による音声機能障がいの方）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | —                                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 上 肢         | 1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 下 肢         | 1～6級、7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1～3級、4～7級で他の障がい複合する場合は、手帳に掲げる等級が1級・2級 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 体 幹         | 1～3級・5級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1～3級                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 脳原性障がい（上肢）  | 1級・2級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 〃（移動）       | 1～6級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1～3級                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 内 部         | 1～3級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 知的障がい       | 重度の知的障がい者（A1・A2）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 精神障がい       | 1級（自立支援医療受給者証が交付されている方）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 左と同じ                                  |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
| 申請手続きに必要なもの | ○減免申請書<br>○通院証明書等（家族運転の場合）<br>○住民票謄本等（家族運転の場合）<br>○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳（自立支援医療受給者証が交付されている方）<br>○運転免許証<br>○印鑑<br>○車検証（新車購入の場合は必要ありません）<br><br>※ 上記以外の書類が必要な場合がありますので、詳しくは壱岐振興局税務課にお尋ねください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |
|             | 問合せ先 壱岐振興局税務課 47-1111                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |      |             |             |     |           |      |     |       |      |         |    |      |     |                      |   |     |       |      |     |                                     |                                       |     |         |      |            |       |      |       |      |      |     |      |      |       |                  |      |       |                         |

# 《⑫税の減免等》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分 | 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|    | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|    | ●    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |

|           |        |                                                                                                                                                                                           |
|-----------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所得税の障害者控除 | サービス内容 | <p>納税者自身が障がい者である場合、または納税者に障がい者である控除対象配偶者または扶養親族がいる場合には、その年分の各所得の合計額から、1人あたり次の額が控除されます。</p> <p>1. 特別障害者の場合 40万円<br/>※ 控除対象配偶者または扶養親族が同居特別障害者である場合、35万円が加算されます。</p> <p>2. 一般障害者の場合 27万円</p> |
|           | 条件     | <p>○特別障害者は次の手帳所持者です。<br/>身体障害者手帳1・2級、療育手帳A1・A2、または精神障害者保健福祉手帳1級</p> <p>○一般障害者は次の手帳所持者です。<br/>身体障害者手帳3～6級、療育手帳B1・B2、または精神障害者保健福祉手帳2・3級</p>                                                 |
|           | 申請手続きに | <p>給与所得者は各事業所で、その他の方は毎年3月15日までに税務署で確定申告をしてください。</p>                                                                                                                                       |
|           | 問合せ先   | <p>彦岐振興局税務課 47-1111</p>                                                                                                                                                                   |

| 区分 | 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|    | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|    | ●    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |

|           |        |                                                                                                                                           |
|-----------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住民税の障害者控除 | サービス内容 | <p>所得税と同じ扱いで、次の額が控除されます。</p> <p>1. 特別障害者の場合 30万円(同居扶養加算 23万円)</p> <p>2. 一般障害者の場合 26万円</p>                                                 |
|           | 条件     | <p>○特別障害者は次の手帳所持者です。<br/>身体障害者手帳1・2級、療育手帳A1・A2、または精神障害者保健福祉手帳1級</p> <p>○一般障害者は次の手帳所持者です。<br/>身体障害者手帳3～6級、療育手帳B1・B2、または精神障害者保健福祉手帳2・3級</p> |
|           | 申請手続きに | <p>所得税の障害者控除申告をした方は必要ありません。その他の方は、毎年3月15日までに申告をしてください。</p>                                                                                |
|           | 問合せ先   | <p>市税務課 48-1118</p>                                                                                                                       |

《⑫税の減免等》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|             |              |                                                                                                                                                           |                                                               |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|-------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 相続税の障害者控除   | 区分           | 身障手帳                                                                                                                                                      |                                                               |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             |              | 1級                                                                                                                                                        | 2級                                                            | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             | ●            | ●                                                                                                                                                         | ●                                                             | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |     |
|             | サービス内容       | 1. 特別障害者の場合:税額－{(85歳)－(相続開始日の年齢)}×12万円※<br>2. 一般障害者の場合:税額－{(85歳)－(相続開始日の年齢)}× 6万円※<br><br>※ 平成27年1月1日以後の相続開始の場合は、一般障害者の場合1年につき10万円、特別障害者は、1年につき20万円になります。 |                                                               |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             |              | 条件                                                                                                                                                        | ○一般障害者は次の手帳所持者です。<br>身体障害者手帳3～6級、療育手帳B1・B2、または精神障害者保健福祉手帳2・3級 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの | 詳しくはお尋ねください。 |                                                                                                                                                           |                                                               |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        |              | 彦岐税務署 47－0315                                                                                                                                             |                                                               |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑬料金の割引》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

|                           |                   |                                                                                                                                   |                                                       |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|---------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|--|
| NHK放送受信料の免除（日本放送協会放送受信規約） | 区分                | 身障手帳                                                                                                                              |                                                       |                                                       |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |  |
|                           |                   | 1級                                                                                                                                | 2級                                                    | 3級                                                    | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |  |
|                           |                   | ●                                                                                                                                 | ●                                                     | ●                                                     | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |  |
|                           | サービス内容            | NHK受信料が全額免除となります。                                                                                                                 |                                                       |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           |                   | 条件                                                                                                                                | ○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保持者で、世帯構成員全員が市町村民税非課税の方    |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           |                   |                                                                                                                                   | 申請手続きに必要なもの                                           | ○放送受信料免除基準該当証明願<br>○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<br>○印鑑 |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           | 問合せ先              |                                                                                                                                   |                                                       | 市民福祉課 48-1116                                         |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           | 区分                | 身障手帳                                                                                                                              |                                                       |                                                       |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |  |
|                           |                   | 1級                                                                                                                                | 2級                                                    | 3級                                                    | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |  |
|                           |                   | ●                                                                                                                                 | ●                                                     |                                                       |    |    |    | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |  |
| サービス内容                    | NHK受信料が半額免除となります。 |                                                                                                                                   |                                                       |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           | 条件                | ○世帯主が視覚または聴覚の障がい者である場合<br>○世帯主が身体障がい者（1・2級）、知的障がい者（A1・A2）、精神障がい者（1級）<br>○障がい者が住民票による世帯主であり、かつその住居に受信機を設置し、NHKと放送受信契約を締結している者であること |                                                       |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
|                           |                   | 申請手続きに必要なもの                                                                                                                       | ○放送受信料免除基準該当証明願<br>○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<br>○印鑑 |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |
| 問合せ先                      |                   |                                                                                                                                   | 市民福祉課 48-1116                                         |                                                       |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |  |

# 《⑬料金の割引》

● …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

|                   |                                                                                                                                                                     |                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
| 携帯電話基本使用料等の割引     | 区分                                                                                                                                                                  | 身障手帳                                                        |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                   |                                                                                                                                                                     | 1級                                                          | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                   |                                                                                                                                                                     | ●                                                           | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  | ●  |     |
|                   | サービス内容                                                                                                                                                              | 携帯電話の基本使用料等の割引が受けられます。<br>申込みや割引の内容などは、各携帯電話会社へお尋ねください。     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                | 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定医療費(指定難病)受給者証のいずれかを所持している方                                                                                                               |                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの       | 各携帯電話会社へお尋ねください。                                                                                                                                                    |                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先              |                                                                                                                                                                     | 各携帯電話会社                                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 電話番号の無料案内（ふれあい案内） | 区分                                                                                                                                                                  | 身障手帳                                                        |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                   |                                                                                                                                                                     | 1級                                                          | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                   |                                                                                                                                                                     | ●                                                           | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●    | ●  |    |    | ●    |    |    |     |
|                   | サービス内容                                                                                                                                                              | 事前に登録をすると電話番号案内(104)が無料でご利用いただけるサービスです。                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                | 次のいずれかに該当する方が対象になります。<br>○視覚障がい者(1～6級)の方<br>○肢体不自由(上肢・体幹)(1～2級)の方<br>○乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい(1～2級)の方<br>○療育手帳をお持ちの方<br>○精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方<br><br>※ 事前の申し込みが必要です。 |                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの       | ふれあい案内担当(フリーダイヤル0120-104-174)へ申込み郵送にて手続きをします。                                                                                                                       |                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先              |                                                                                                                                                                     | NTT西日本ふれあい案内担当(0120-104-174)<br>9:00～17:00(土・日・祝日・年末・年始を除く) |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑬料金の割引》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                        | 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|---------------------------|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                           | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                           |      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| (手帳を持っていない方でも対象になる事があります) |      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

| 点字郵便物の無料扱い         | 区 分                        | 内 容                                                           | 料 金                                                                                   | 備 考                          |
|--------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                    | 心身障がい者用低料三種郵便物             | 心身障がい者団体の発行する定期刊行物(事前に郵便事業会社の承認を受けたもの)で発行人から差出されるものに限る(1kgまで) | 50gまで15円、50gを超え1kgまで50gごとに5円増し。ただし、月3回以上発行の新聞紙を内容とするものは、50gまで8円、50gを超え1kgまで50gごとに3円増し |                              |
|                    | 第4種郵便物(点字郵便物)              | 点字のみを掲げたものを内容とするもの(3kgまで)                                     | 無 料                                                                                   | 表面左上部(横に長いものは右上部)に「点字用郵便」と明記 |
|                    | 第4種郵便物(特定録音物等郵便物)          | 郵便事業会社の指定する施設が発受する、盲人用の録音物または点字用紙を内容とするものに限る(3kgまで)           | 無 料                                                                                   | 表面左上部(横に長いものは右上部)に「点字用郵便」と明記 |
|                    | 心身障がい者用ゆうメール               | 身体に重度の障がいのある方、または知的障がいの程度が重い方と、一定の図書館との間で発受される場合に限る(3kgまで)    | 150gまで 90円<br>250gまで 107円<br>500gまで 150円                                              | 表面に「図書館用ゆうメール」と明記            |
|                    | 聴覚障がい者用ゆうパック               | 聴覚障がい者と郵便事業会社指定施設との間でビデオテープ等の貸し出し、または返却のために発受される場合に限る(3kgまで)  | 1kgまで 175円<br>2kgまで 230円<br>3kgまで 305円                                                | 外装の見やすい所に「聴覚障害者用ゆうパック」と明記    |
|                    | 点字ゆうパック(3kgまでのもの)          | 点字のみを掲げたものを内容とするもの                                            |                                                                                       |                              |
| 点字ゆうパック(3kgを超えるもの) | 点字のみを掲げたものを内容とするもの(30kgまで) | あて地及び重量によって異なりますので、詳しくは、下記の問い合わせ先へお尋ねください。                    |                                                                                       | 外装の見やすい所に「点字ゆうパック」と明記        |

| 問合せ先 |  | 郵便局 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 区分 | 身障手帳 |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|----|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|    | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|    | ●    | ●  |    |    |    |    | ●    | ●  |    |    |      |    |    |     |

|               |             |                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 青い鳥郵便はがきの無料配布 | サービス内容      | 重度の身体障がい者および知的障がい者に通常葉書(無地・インクジェットまたはくぼみ入りの中からいずれか)を無料で配布します。<br>1. 配布枚数 1人20枚<br>2. 申請受付期間 4月1日～5月末日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 条件          | 身体障害者手帳1・2級または療育手帳「A1・A2」                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 申請手続きに必要なもの | ○身体障害者手帳または療育手帳<br>申請書の提出後、郵便局からはがきを送付されます。<br><br>※ 郵送による申し込みの場合は、申出者の住所または居所を受け持つ郵便事業会社支店へ送付してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 問合せ先        | 各郵便局                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 《⑭資金の貸付》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                        | 身障手帳                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |  | 難病等 |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|--|-----|
|                           | 1級                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2級                 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |  |     |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| (手帳を持っていない方でも対象になる事があります) |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 生活福祉資金貸付制度                | サービス内容                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
|                           | ①総合支援資金(生活支援費・住宅入居費・一時生活再建費)<br>②福祉資金 福祉費(生業費・療養介護費・住宅費・福祉用具の購入費など)<br>③教育支援資金(教育支援費・就学支援費)<br>④不動産担保型生活資金<br>※ 利子(①～③)<br>・連帯保証人がいる場合は無利子<br>・連帯保証人がいない場合は年1.5%(教育支援資金は連帯保証人が不要で無利子)                                                                                          |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
|                           | 条件                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 申請手続きに                    | 次のいずれかに該当する世帯が対象になります。<br>○所得が一定基準に満たない世帯(生活保護基準の1.7倍程度まで)<br>○高齢者のいる世帯(日常生活上介護を要する65歳以上の人が属する世帯)<br>○障がい者(児)のいる世帯(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを所持する人が属する世帯)<br><br>※ 申込者の年齢は20～65歳(連帯保証人は60歳以下を原則として1名必要。ただし連帯保証人がいない場合も借入申込可)<br>※ 障害者総合支援法によるサービスを利用していることが、わかるものが必要となります。 |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
|                           | 詳しくはお尋ねください。                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 問合せ先                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                | 壱岐市社会福祉協議会 47-5005 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |

《⑮意思疎通支援・情報》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分                     | 身障手帳                                                                                                      |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                        | 1級                                                                                                        | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| ●                      | ●                                                                                                         | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  |      |    |    |    |      |    |    |     |
| (聴覚障害者)                |                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 手話通訳者の派遣<br>(地域生活支援事業) | <p>手話を言語とする障がい者が、官公庁等の公的機関または医療機関、事務所、PTA等様々な場所で円滑なコミュニケーションをとれるよう、手話通訳者等の派遣を行います。</p>                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                     | 聴覚、音声機能又は言語機能に該当する障がい者を有する者であって手話でコミュニケーションがとれる方                                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続に<br>必要なもの         | <p>○派遣依頼書<br/>○身体障害者手帳</p>                                                                                |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先                   | 市民福祉課 48-1116                                                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 区分                     | 身障手帳                                                                                                      |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                        | 1級                                                                                                        | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                        |                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 手話奉仕員養成研修              | <p>聴覚障がい者及び音声又は言語機能障がい者(以下「聴覚障がい者等」という。)の社会参加又は交流活動の促進を図るため、聴覚障がい者等との日常会話に必要な手話語彙及び手話表現技術を習得した者を養成する。</p> |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                     | 市内に在住し、聴覚障害者等の福祉に理解を有する者                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続に<br>必要なもの         | <p>○申請書<br/>○印鑑<br/>※教材費等は、自己負担となります。</p>                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先                   | 市民福祉課 48-1116                                                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑮意思疎通支援・情報》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 声の広報の発行     | 区分                                | 身障手帳         |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    |  | 難病等 |
|-------------|-----------------------------------|--------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|--|-----|
|             |                                   | 1級           | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |  |     |
|             |                                   | ●            | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
|             |                                   | (視覚障害者)      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| サービス内容      | 視覚障がい者の方を対象に「声の広報 いき」を発行しています。    |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 条件          | 視覚障害者                             |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 申請手続きに必要なもの | 貸し出しを、壱岐市総務課、壱岐市社会福祉協議会にて行っております。 |              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |
| 問合せ先        |                                   | 市総務課 48-1111 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |  |     |

《⑩選 挙》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                            |                     |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|             | 1級                                                                                                                                                                                                              | 2級                  | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 点字投票        | ■                                                                                                                                                                                                               | ■                   | ■  | ■  | ■  | ■  |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | 点字投票を希望する方は、投票所で申し出ると点字により投票ができます。                                                                                                                                                                              |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | 視覚障がい者                                                                                                                                                                                                          |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに      | 必要なもの                                                                                                                                                                                                           |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        |                                                                                                                                                                                                                 | 市選挙管理委員会事務局 48-1111 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 区分          | 身障手帳                                                                                                                                                                                                            |                     |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             | 1級                                                                                                                                                                                                              | 2級                  | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 郵便等による不在者投票 | ●                                                                                                                                                                                                               | ●                   | ●  |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | <p>選挙人名簿に登録されている方で、重度の障がいがある方については、郵便による不在者投票ができます。あらかじめ、お住まいの選挙管理委員会事務局へ「郵便等投票証明書」の交付を申請します。</p> <p>※詳しくは、選挙管理委員会事務局へお尋ねください。</p>                                                                              |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | <p>自署（点字を除く）できる方で、下記の障がい程度に単独で該当する方</p> <p>①両下肢・体幹・移動機能障害のいずれかの障がい1級または2級</p> <p>②心臓・じん臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸のいずれかの障がい1級または3級</p> <p>③免疫・肝臓の障がい1級から3級</p> <p>※戦傷病者手帳をお持ちの方なども利用できる場合がありますので、詳しくは選挙管理委員会事務局へお尋ねください。</p> |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに      | 必要なもの<br>身体障害者手帳または障がいの程度を証する書面                                                                                                                                                                                 |                     |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        |                                                                                                                                                                                                                 | 市選挙管理委員会事務局 48-1111 |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩選 挙》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 区分          | 身障手帳                                                                                                        |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|             | 1級                                                                                                          | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| ●           |                                                                                                             |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容      | <p>※詳しくは、選挙管理委員会事務局へお尋ねください。</p> <p>その後、送られてきた「郵便等投票証明書」と代理記載人が署名した請求書を提出することにより、投票用紙と投票用封筒が郵送されます。</p>     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | <p>郵便等による不在者投票の条件を満たしている方で、上肢または視覚障がい1級の方</p> <p>※ 戦傷病者手帳をお持ちの方など利用できる場合がありますので、詳しくは選挙管理委員会事務局へお尋ねください。</p> |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの | <p>身体障害者手帳または障がいの程度を証する書面</p>                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        | 市選挙管理委員会事務局 48-1111                                                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑰就 労》

- …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

|                  |             | 身障手帳                                                                                                                                                                             |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                  |             | 1級                                                                                                                                                                               | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 職業相談・職業紹介・職業定着指導 | 区分          |                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | サービス内容      | 求職申込みをされた障がい者の方に対し、専門の職員による障がいの状況・技能・知識・適性・希望等の綿密な相談、求人の検索、マッチング等を行い、企業への就職のお世話を行います。<br>また、長崎障害者職業センターと連携した職業評価、就労前準備訓練の実施等により就職前のフォローアップ、及び就職後においても職場への定着を進めるためのアフターケアを行っています。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 条件          | 身体障がい者（身体障害者手帳1級から6級の障がいを有する方及び7級の障がいを2つ以上重複して有する方）、知的障がい者（療育手帳所持者）、精神障がい者であり障がいが安定し就労可能な状態の方、及び身体障がい者・知的障がい者及び精神障がい者以外の障がい者                                                     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 申請手続きに必要なもの | 身体障害者手帳または指定医の診断書もしくは意見書、療育手帳または判定を受けた機関の判定書、精神障害者保健福祉手帳または主治医の意見書、特定疾患医療受給証もしくは特定疾患登録書証あるいは医師の診断書のいずれか。<br>※詳しくはお尋ねください。                                                        |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先             |             | 対馬公共職業安定所壱岐出張所・ハローワーク 47-0054                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 職業適応訓練           | 区分          |                                                                                                                                                                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | サービス内容      | 県知事が事業主に委託し、障がい者の能力に適した作業について6カ月以内（中小企業及び重度障がい者は1年以内）の実地訓練を行い、それによって職場環境に適応することを容易にし、訓練終了後は事業所に引き続き雇用してもらう制度です。訓練期間中は訓練手当及び通所手当が支給されます。                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 条件          | ○ハローワークに求職登録した方で、当該職場適応訓練の受講により、訓練終了後に常用雇用に移行可能と判断される方。<br>○身体障がい者については、一定の要件を備えた方に限ります。<br>○精神障がい者のうち精神障害者福祉手帳をお持ちでない方については、総合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかんにかかっている方に限ります。         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                  | 申請手続きに必要なもの | 職業相談時にご案内します。                                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先             |             | 対馬公共職業安定所壱岐出張所・ハローワーク 47-0054                                                                                                                                                    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑰就 労》

● …必ず手帳が必要なサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

| 職業訓練        | 区分                                                       | 身障手帳                                                                                                                          |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|-------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|             |                                                          | 1級                                                                                                                            | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             |                                                          |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 職業訓練        | サービス内容                                                   | 一般の公共職業訓練及び民間委託先等での職業訓練への障がい者の受け入れ及び障がい者専用訓練(特定の障がい者に限定される場合があります。)並びに県外の障害者能力開発校での職業訓練があります。訓練期間中は、訓練手当及び通所手当等が支給される場合があります。 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 条件                                                       | ハローワークに求職登録した方で、訓練の受講により職業に必要な技能を習得し、就職を容易にして、職業的自立が図れる方                                                                      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 申請手続きに必要なもの                                              | 職業相談時にご案内します。                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | 問合せ先                                                     | 対馬公共職業安定所壱岐出張所・ハローワーク 47-0054                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 事業主への助成     | 区分                                                       | 身障手帳                                                                                                                          |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|             |                                                          | 1級                                                                                                                            | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|             |                                                          |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|             | サービス内容                                                   | ハローワークの紹介により就職した方については、特定求職者雇用開発助成金、障害者トライアル雇用奨励金等の事業主への助成があります。                                                              |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件          | ハローワークに求職登録をされた障がい者の方をハローワークの紹介により雇い入れた事業主で、一定の要件に該当するもの |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの | 助成金にかかる各種申請書及び添付書類、関係帳簿等                                 |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先        | 対馬公共職業安定所壱岐出張所・ハローワーク 47-0054                            |                                                                                                                               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩シンボルマーク》

● …必ず手帳が必要なサービスです。  
 ■ …必ずしも手帳が必要ではないサービスです。

★サービスの内容等が変更になる場合があります。

| 区分             | 身障手帳                                                                                                                                                                                            |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                | 1級                                                                                                                                                                                              | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 身体障がい者標識（車表示用） |                                                                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容         | 肢体不自由であることを理由に義足を付けて運転するなどの免許条件を付されている方が、自動車を運転するときは、その自動車の前面と後面の見えやすい位置に身障者マークをつけて運転するように付けて運転するように努めなければなりません。身障者マークを表示した自動車に対して、他の車は幅寄せや割り込みをすることが禁止されています。                                  |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件             | 肢体不自由であることを理由に、義足を付けて運転することなどの免許条件を付されている方                                                                                                                                                      |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの    | 各地域の交通安全協会等において有料で販売しています。<br>管轄の警察署内(交通安全協会)にお尋ねください。                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">■ 身障者マーク</div>  </div>     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先           | 交通安全協会(所轄の警察署) 47-0110                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 区分             | 身障手帳                                                                                                                                                                                            |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                | 1級                                                                                                                                                                                              | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
| 聴覚障がい者標識（車表示用） |                                                                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容         | 平成20年6月から自動車運転免許を取得できるようになった重度聴覚障がいの方が、自動車を運転をするときは、その自動車の前面と後面の見えやすい位置に聴覚障害者マークをつけて運転しなければなりません。<br>聴覚障害者マークを表示した自動車に対して、他の車は幅寄せや割り込みをすることが禁止されています。                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件             | 平成20年6月から自動車運転免許を取得できるようになった重度聴覚障がいの方                                                                                                                                                           |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに必要なもの    | 各地域の交通安全協会等において有料で販売しています。<br>管轄の警察署内(交通安全協会)にお尋ねください。                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
|                | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">■ 聴覚障害者用マーク</div>  </div> |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先           | 交通安全協会(所轄の警察署) 47-0110                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

《⑩相談支援》

| 相談支援事業（地域生活支援事業）          | 区分                                                                                                                   | 身障手帳                                                    |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|-----|
|                           |                                                                                                                      | 1級                                                      | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                           |                                                                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| （手帳を持っていない方でも利用できます）      |                                                                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容                    | <p>障がい者（児）や療育等を必要と認められた児童及びその家族に対し、障がい福祉サービスの利用援助、社会資源の活用や社会生活力を高めるための支援、介護相談及び情報の提供等を総合的に行う事により、地域における生活を支援します。</p> |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                        | <p>①身体障害者      ②知的障害者      ③精神障害者      ④障害児</p>                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに<br>必要なもの           | <p>詳しくはお尋ねください。</p>                                                                                                  |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先                      |                                                                                                                      | <p>市民福祉課 48-1116、市こども家庭課 48-1117、苓岐市社会福祉協議会 47-5005</p> |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 障がい者虐待相談                  | 区分                                                                                                                   | 身障手帳                                                    |    |    |    |    |    | 療育手帳 |    |    |    | 精神手帳 |    |    | 難病等 |
|                           |                                                                                                                      | 1級                                                      | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | A1   | A2 | B1 | B2 | 1級   | 2級 | 3級 |     |
|                           |                                                                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| （手帳を持っていない方でも対象になる事があります） |                                                                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| サービス内容                    | <p>障がい者虐待や障がい者虐待防止に関する相談に応じます。</p>                                                                                   |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 条件                        |                                                                                                                      |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 申請手続きに<br>必要なもの           | <p>詳しくはお尋ねください。</p>                                                                                                  |                                                         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |
| 問合せ先                      |                                                                                                                      | <p>市民福祉課 48-1116、苓岐障害者地域活動支援センターひまわり 47-0116</p>        |    |    |    |    |    |      |    |    |    |      |    |    |     |

## 5 その他

## (1)主な関係機関

| 市関係                     | 所在地                        | 電話番号          |
|-------------------------|----------------------------|---------------|
| 壱岐市福祉事務所                | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1111 |
| 市民福祉課                   | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1116 |
| こども家庭課                  | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1117 |
| 保護課                     | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1136 |
| 壱岐市 税務課                 | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1118 |
| 壱岐市 総務課<br>(壱岐市選挙管理委員会) | 〒811-5192 壱岐市郷ノ浦町本村触562番地  | (0920)48-1111 |
| 壱岐市 建設課                 | 〒811-5521 壱岐市勝本町西戸触182番地5  | (0920)42-1111 |
| 壱岐市 健康保健課               | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1111 |
| 壱岐市教育委員会                | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1111 |
| 壱岐市地域包括支援センター           | 〒811-5392 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地   | (0920)45-1197 |
| 壱岐障害者地域活動支援センター         | 〒811-5136 壱岐市郷ノ浦町片原触2510番地 | (0920)47-0116 |
| 壱岐こどもセンター               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触93番地   | (0920)48-0848 |
|                         |                            |               |

| 国・県関係               | 所在地                        | 電話番号          |
|---------------------|----------------------------|---------------|
| 壱岐警察署               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触551番地1 | (0920)47-0110 |
| 対馬公共職業安定所壱岐出張所      | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地4 | (0920)47-0054 |
| 壱岐税務署               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地4 | (0920)47-0315 |
| 壱岐振興局 税務課           | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触570番地  | (0920)47-1111 |
| 壱岐保健所               | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触620番地5 | (0920)47-0260 |
| 長崎県 障害福祉課           | 〒850-8570 長崎市江戸町2-13       | (095)895-2455 |
| 長崎県 壱岐病院            | 〒811-5132 壱岐市郷ノ浦町東触1626番地  | (0920)47-1131 |
| 虹の原特別支援学校壱岐分校小中学部   | 〒811-5133 壱岐市郷ノ浦町本村触589番地  | (0920)47-0159 |
| 虹の原特別支援学校壱岐分校高等部    | 〒811-5136 壱岐市郷ノ浦町片原触88番地   | (0920)48-0811 |
| 長崎こども・女性・障害者支援センター  | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)844-5132 |
| 佐世保こども・女性・障害者支援センター | 〒857-0034 佐世保市万徳町10-3      | (0956)24-5080 |
| 視覚障害者情報センター         | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)846-9021 |
| 聴覚障害者情報センター         | 〒852-8114 長崎市橋口町10-22      | (095)847-2681 |
|                     |                            |               |
|                     |                            |               |

| その他           | 所在地                         | 電話番号          |
|---------------|-----------------------------|---------------|
| 壱岐市社会福祉協議会 本部 | 〒811-5142 壱岐市郷ノ浦町坪触3099番地   | (0920)47-5005 |
| 郷ノ浦事業所        | 〒811-5142 壱岐市郷ノ浦町坪触3099番地   | (0920)47-0132 |
| 勝本事業所         | 〒811-5532 壱岐市勝本町大久保触1736番地2 | (0920)48-3222 |
| 芦辺事業所         | 〒811-5463 壱岐市芦辺町箱崎中山触2548番地 | (0920)45-2378 |
| 石田事業所         | 〒811-5215 壱岐市石田町石田西触1486番地1 | (0920)44-6150 |
| 九州郵船 壱岐支店     | 〒811-5135 壱岐市郷ノ浦町郷ノ浦281番地6  | (0920)47-0003 |
| ORC 壱岐空港      | 〒811-5203 壱岐市石田町筒城東触1724番地  | (0570)064-380 |
| 壱岐交通          | 〒811-5132 壱岐市郷ノ浦町東触575番地2   | (0920)47-1255 |
| 玄海交通(タクシー)    | 〒811-5553 壱岐市勝本町立石東触94番地1   | (0920)43-0880 |

## 壱岐市における施設等の状況

壱岐市における施設等の状況は以下のようになっています。

### ■ 障がい福祉サービス提供事業所・施設一覧 ■

|    | 法人名         | 名称                         | サービス名等                 | 住所              | 障害種別 |   |   |   | 電話番号    |
|----|-------------|----------------------------|------------------------|-----------------|------|---|---|---|---------|
|    |             |                            |                        |                 | 身    | 知 | 精 | 児 |         |
| 1  | 壱岐市(市民福祉課)  | 壱岐障害者地域活動支援センターひまわり        | 相談支援                   | 郷ノ浦町片原触2510番地   | ○    | ○ | ○ | ○ | 47-0116 |
|    |             |                            | 地域移行支援                 |                 |      |   |   |   |         |
|    |             |                            | 地域定着支援                 |                 |      |   |   |   |         |
| 2  | 壱岐市(市民福祉課)  | 壱岐地域生活ホームひまわりの家            | 共同生活援助(GH)             | 郷ノ浦町片原触2510番地   | ○    | ○ | ○ |   | 47-0950 |
| 3  |             |                            | 短期入所                   | 郷ノ浦町片原触2510番地   | ○    | ○ | ○ |   |         |
| 4  | 壱岐市(こども家庭課) | 壱岐こどもセンター                  | 相談支援                   | 郷ノ浦町本村触93番地     | ○    | ○ | ○ | ○ | 48-0848 |
| 5  |             |                            | 児童発達支援<br>放課後等ディサービス   |                 |      |   |   |   |         |
| 6  |             |                            | 放課後等ディサービス             |                 |      |   |   |   |         |
| 7  | 壱岐市社会福祉協議会  | 壱岐市社協ジュニア<br>ディサービス        | 放課後等ディサービス             | 郷ノ浦町坪触3099番地    | ○    | ○ | ○ | ○ | 47-0132 |
| 8  |             | 壱岐市社協障害者相談<br>支援センター       | 相談支援                   |                 |      |   |   |   | 47-5005 |
| 9  |             | 各事業所<br>(郷ノ浦・勝本・<br>芦辺・石田) | 居宅介護<br>重度訪問介護<br>同行援護 | 郷ノ浦町坪触3099番地    |      |   |   |   | 47-0132 |
| 10 |             |                            |                        | 勝本町大久保触1736番地   |      |   |   |   | 48-3200 |
| 11 |             |                            |                        | 芦辺町箱崎中山触2548番地  |      |   |   |   | 45-2378 |
| 12 | 合資会社ひまわり    | 訪問介護事業所<br>ひまわり            | 居宅介護<br>重度訪問介護         | 芦辺町箱崎大左右触550番地1 | ○    | ○ | ○ |   | 45-0017 |
| 13 | NPO法人広域協会   | 重度訪問介護事業所<br>ひといき          | 居宅介護<br>重度訪問介護         | 郷ノ浦町本村38番地      | ○    | ○ | ○ |   | 40-0151 |
| 14 | 社会福祉法人結の会   | 結                          | 就労B型                   | 郷ノ浦町坪触3099番地    | ○    | ○ | ○ |   | 48-1771 |
| 15 |             | 多機能型事業所天寿庵<br>(レストハウyui)   | 就労A型                   | 郷ノ浦町坪触3151番地4   |      | ○ | ○ |   | 48-1355 |
| 16 |             | 多機能型事業所天寿庵<br>(はーとふるらいふ飛翔) | 自立訓練(生活訓練)             |                 |      |   |   |   |         |
| 17 |             |                            | 宿泊型自立訓練                |                 |      |   |   |   |         |
| 18 |             |                            | 短期入所                   |                 |      |   |   |   |         |
| 19 | 社会福祉法人米寿会   | 壱岐國の里                      | 就労B型                   | 郷ノ浦町郷ノ浦598番地    | ○    | ○ | ○ |   | 48-0080 |
| 20 |             | ケアホーム壱岐                    | 共同生活援助(GH)             | 郷ノ浦町東触424番地4    | ○    | ○ | ○ |   | 47-2929 |
| 21 |             |                            | 短期入所                   |                 | ○    | ○ | ○ |   |         |
| 22 | NPO法人のぎく    | のぎくの丘                      | 就労B型                   | 勝本町西戸触232番地     |      | ○ | ○ |   | 48-3535 |

#### (地域生活支援事業所)

|    |            |        |        |                |   |   |   |   |         |
|----|------------|--------|--------|----------------|---|---|---|---|---------|
| 23 | 壱岐市社会福祉協議会 | 郷ノ浦事業所 | 日中一時支援 | 郷ノ浦町坪触3099番地   |   |   |   | ○ | 47-0132 |
| 24 |            | 芦辺事業所  |        | 芦辺町箱崎中山触2548番地 | ○ | ○ | ○ |   | 45-2378 |

## (2)障がい者・難病患者関係団体等

| 団 体 名                   | 代 表 者 名                               | 電 話 番 号       |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------|
| 壱 岐 市 身 体 障 害 者 福 祉 協 会 | 会 長 <small>しながわ ひろき</small><br>品川 洋毅  | 0920-43-0014  |
| 壱 岐 市 手 を つ な ぐ 育 成 会   | 会 長 <small>まつもと やすみつ</small><br>松本 泰光 | 0920-42-0858  |
| 壱 岐 パ ー キ ン ソ ン 友 の 会   | 会 長 <small>まちだ のりこ</small><br>町田 典子   | 080-4286-6628 |
|                         |                                       |               |
|                         |                                       |               |
|                         |                                       |               |
|                         |                                       |               |

## (3)障害者相談員名簿

(任期 H26.4.1～H28.3.31まで)

| 区分           | 氏名                                | 電話番号         | 担当地区 |
|--------------|-----------------------------------|--------------|------|
| 身体障害者<br>相談員 | <small>め ら はつお</small><br>目良 初男   | 0920-47-1439 | 郷ノ浦町 |
|              | <small>さかい たかしげ</small><br>坂井 孝成  | 0920-47-1693 | 郷ノ浦町 |
|              | <small>しながわ ひろき</small><br>品川 洋毅  | 0920-43-0014 | 勝本町  |
|              | <small>の もと はるふみ</small><br>野元 春文 | 0920-42-2280 | 勝本町  |
|              | <small>みやき あきのり</small><br>宮木 明則  | 0920-45-0988 | 芦辺町  |
|              | <small>しのざき きぬよ</small><br>篠崎 絹代  | 0920-45-2202 | 芦辺町  |
|              | <small>たけまつ しげみつ</small><br>竹松 繁光 | 0920-44-6217 | 石田町  |
| 知的障害者<br>相談員 | <small>まつやま まさゆき</small><br>松山 政幸 | 0920-47-0244 | 郷ノ浦町 |
|              | <small>なかつ きょういち</small><br>中田 恭一 | 0920-42-1732 | 勝本町  |
|              | <small>しのざき</small><br>篠崎あけみ      | 0920-45-1498 | 芦辺町  |
|              | <small>よしなが かずのり</small><br>吉永 一徳 | 0920-44-6221 | 石田町  |

(5) 身体障がい者等級表

| 級別 | 視覚障害                                                                                                                                                                                                                                               | 視覚または平衡機能の障害                                                                                         |               | 音声機能<br>言語機能<br>または<br>そしゃく<br>機能の障害 | 心臓、じん臓若しくは呼吸器または膀胱若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害 |                                      |                                      |                                          |                                     |                                                                    | 肝臓機能の障害                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                    | 聴覚障害                                                                                                 | 平衡機能障害        |                                      | 心臓機能の障害                                          | じん臓機能の障害                             | 呼吸器機能の障害                             | 膀胱または直腸の機能の障害                            | 小腸機能の障害                             | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害                                               |                                                        |
| 1級 | 両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。)の和が0.01以下のもの                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |               |                                      | 心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの              | じん臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの | 呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの | 膀胱または直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの | 小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの                           | 肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの                           |
| 2級 | 1 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの<br>2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95パーセント以上のもの                                                                                                                                                                 | 両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全う)                                                                      |               |                                      |                                                  |                                      |                                      |                                          |                                     | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの                           | 肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの                           |
| 3級 | 1 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの<br>2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視野率による損失率が90パーセント以上のもの                                                                                                                                                                 | 両耳の聴力レベルがそれぞれ90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)                                                      | 平衡機能の極めて著しい障害 | 音声機能、言語機能またはそしゃく機能の喪失                | 心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                | じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの   | 呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの   | 膀胱または直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が制限されるもの      | 小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの   | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く) | 肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く) |
| 4級 | 1 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの<br>2 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの                                                                                                                                                                                                  | 1 両耳の聴力レベルがそれぞれ80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話声を理解し得ないもの)<br>2 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの                |               | 音声機能、言語機能またはそしゃく機能の著しい障害             | 心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの                 | じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの    | 呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの    | 膀胱または直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの    | 小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの    | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの                       | 肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの                       |
| 5級 | 1 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの<br>2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの                                                                                                                                                                                               |                                                                                                      | 平衡機能の著しい障害    |                                      |                                                  |                                      |                                      |                                          |                                     |                                                                    |                                                        |
| 6級 | 1 眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.6を越えるもの<br>2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側の聴力レベルが50デシベル以上のもの                                                                                                                                                       | 1 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40センチメートル以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの)<br>2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側の聴力レベルが50デシベル以上のもの |               |                                      |                                                  |                                      |                                      |                                          |                                     |                                                                    |                                                        |
| 7級 |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |               |                                      |                                                  |                                      |                                      |                                          |                                     |                                                                    |                                                        |
| 備考 | 1 同一の等級について重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定させられているものは、該当等級とする。<br>2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2つ以上重複する場合は、6級とする。<br>3 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる。<br>4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一骨間関節以上で欠くものをいう。 |                                                                                                      |               |                                      |                                                  |                                      |                                      |                                          |                                     |                                                                    |                                                        |

※7級の障害は、一つのみでは手帳の交付対象となりません。

※大線の上位等級は、1種

| 肢 体 不 自 由                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                              |                                             |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| 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障害                    |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |                                                              | 上肢機能                                        | 移動機能                               |
| 1 両上肢の機能を全廃したもの<br>2 両上肢を手関節以上で欠くもの                                                                                                                                                                                                               | 1 両下肢の機能を全廃したもの<br>2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの                                                                                                                                      | 体幹の機能障害により坐っていることができないもの                                     | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの        | 不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの              |
| 1 両上肢の機能の著しい障害<br>2 両上肢のすべての指を欠くもの<br>3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの<br>4 一上肢の機能を全廃したもの                                                                                                                                                                     | 1 両下肢の機能の著しい障害<br>2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの                                                                                                                                       | 1 体幹の機能障害により坐位または起立位を保つことが困難なもの<br>2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの        | 不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの          |
| 1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの<br>2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの<br>3 一上肢の機能を著しい障害<br>4 一上肢のすべての指を欠くもの<br>5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの                                                                                                                                | 1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの<br>2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの<br>3 一下肢の機能を全廃したもの                                                                                                              | 体幹の機能障害により歩行が困難なもの                                           | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの        | 不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの |
| 1 両上肢のおや指を欠くもの<br>2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの<br>3 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの<br>4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの<br>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの<br>6 おや指またはひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの<br>7 おや指またはひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの<br>8 おや指またはひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害 | 1 両下肢のすべての指を欠くもの<br>2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの<br>3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの<br>4 一下肢の機能の著しい障害<br>5 一下肢の股関節または膝関節の機能を全廃したもの<br>6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上または健側の長さの10分の1以上短いもの              |                                                              | 不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの | 不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの  |
| 1 両上肢のおや指の機能の著しい障害<br>2 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害<br>3 一上肢のおや指を欠くもの<br>4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの<br>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害<br>6 おや指またはひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害                                                                           | 1 一下肢の股関節または膝関節の機能の著しい障害<br>2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの<br>3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上または健側の長さの15分の1以上短いもの                                                                                | 体幹の機能の著しい障害                                                  | 不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障があるもの    | 不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障があるもの     |
| 1 一上肢のおや指の機能の著しい障害<br>2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの<br>3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの                                                                                                                                                                       | 1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの<br>2 一下肢の足関節の機能の著しい障害                                                                                                                                   |                                                              | 不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの                      | 不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの              |
| 1 一上肢の機能の軽度の障害<br>2 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害<br>3 一上肢の手指の機能の軽度の障害<br>4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害<br>5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの<br>6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの                                                                           | 1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害<br>2 一下肢の機能の軽度の障害<br>3 一下肢の股関節、膝関節または足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害<br>4 一下肢のすべての指を欠くもの<br>5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの<br>6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上または健側の長さの20分の1以上短いもの |                                                              | 上肢に不随意運動・失調等を有するもの                          | 下肢に不随意運動・失調等を有するもの                 |

5 指の機能障害」とは、中手指節間関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。

6 上肢または下肢欠損の断端の長さは、実用長(上腕においては脇窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの)をもって計測したものをいう。

7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

## (6)精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、①精神疾患の存在の確認、②精神疾患（機能障害）の状態の確認、③能力障害の状態の確認、④精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定することになる。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示します。

（平成19年1月1日現在）

| 障害等級                                                                 | 障害の状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | 精神疾患（機能障害）の状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 能力障害の状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1 級<br><br>（精神障害であって、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）                      | 1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態または高度の症状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの。<br><br>2 そううつ病〔気分（感情）障害〕によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの。<br><br>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態または病状が前記1、2に準ずるもの。<br><br>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作または知能障害その他の精神神経症状が高度のもの。<br><br>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの。<br><br>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの。<br><br>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの。 | 1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。<br><br>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持ができない。<br><br>3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。<br><br>4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。<br><br>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。<br><br>6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。<br><br>7 社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用することができない。<br><br>8 社会情勢や興味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。<br><br>（上記1～8のうちいくつかに該当するもの） |
| 2 級<br><br>（精神障害であって、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） | 1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態または病状があるため、人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの。<br><br>2 そううつ病〔気分（感情）障害〕によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの。<br><br>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態または病状が前記1、2に準ずるもの。<br><br>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作または知能障害その他の精神神経症状があるもの。<br><br>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの。                                                                                                       | 1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。<br><br>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は援助なしにはできない。<br><br>3 金銭管理や計画的で適切な買物は援助なしにはできない。<br><br>4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことは援助なしにはできない。<br><br>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。<br><br>6 身の安全保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。                                                                                      |

| 障 害 等 級                                                                        | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                | 精神疾患(機能障害)の状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 能 力 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2 級                                                                            | <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの。</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>7 社会的手続や、一般の公共施設の利用は援助なしにはできない</p> <p>8 社会情勢や興味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3 級<br><br>(精神障害であつて、日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、または日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの) | <p>1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態または病状があるため、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの。</p> <p>2 そううつ病[気分(感情)障害]によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その症状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの。</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態または病状が前記1、2に準ずるもの。</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、発作または知能障害その他の精神神経症状があるもの。</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの。</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの。</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの。</p> | <p>1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるが、なお援助を必要とする。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は自発的に行うことができるが、なお援助を必要とする。</p> <p>3 金銭管理や計画的で適切な買物は概ねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬は概ねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である。</p> <p>6 身の安全保持や、危機的状況での対応は概ね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続や一般の公共施設の利用は概ねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や興味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいえず援助を必要とする。<br/>(上記1～8のうちいくつかに該当するもの)</p> |

# 平成27年7月からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（332疾病）

| 番号 | 疾病名                          | 番号  | 疾病名                  | 番号  | 疾病名                        |
|----|------------------------------|-----|----------------------|-----|----------------------------|
| 1  | アイカルディ症候群                    | 56  | 加齢黄斑変性 ※※            | 111 | 高チロシン血症2型                  |
| 2  | アイザックス症候群                    | 57  | 肝型糖原病                | 112 | 高チロシン血症3型                  |
| 3  | I g A腎症                      | 58  | 間質性膀胱炎（ハンナ型）         | 113 | 後天性赤芽球病                    |
| 4  | I g G 4関連疾患                  | 59  | 環状20番染色体症候群          | 114 | 広範脊柱管狭窄症                   |
| 5  | 亜急性硬化性全脳炎                    | 60  | 関節リウマチ               | 115 | 抗リン脂質抗体症候群                 |
| 6  | アジソン病                        | 61  | 完全大血管転位症             | 116 | コケイン症候群                    |
| 7  | アッシャー症候群                     | 62  | 眼皮膚白皮症               | 117 | コステロ症候群                    |
| 8  | アトピー性脊髄炎                     | 63  | 偽性副甲状腺機能低下症          | 118 | 骨形成不全症                     |
| 9  | アペール症候群                      | 64  | ギャロウェイ・モフト症候群        | 119 | 骨髄異形成症候群                   |
| 10 | アミロイドーシス ※                   | 65  | 急性壊死性脳症              | 120 | 骨髄線維症                      |
| 11 | アラジール症候群                     | 66  | 急性網膜壊死               | 121 | ゴナドトロピン分泌亢進症 ※             |
| 12 | 有馬症候群                        | 67  | 球脊髄性筋萎縮症             | 122 | 5p欠失症候群                    |
| 13 | アルポート症候群                     | 68  | 急速進行性糸球体腎炎           | 123 | コフィン・シリシ症候群                |
| 14 | アレキサンダー病                     | 69  | 強直性脊椎炎               | 124 | コフィン・ローリー症候群               |
| 15 | アンジェルマン症候群                   | 70  | 強皮症                  | 125 | 混合性結合組織病                   |
| 16 | アントレー・ピクスラー症候群               | 71  | 巨細胞性動脈炎 ※            | 126 | 鯉耳腎症候群                     |
| 17 | イソ古草酸血症                      | 72  | 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変） | 127 | 再生不良性貧血                    |
| 18 | 一次性ネフローゼ症候群 ※※               | 73  | 巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）  | 128 | サイトメガロウィルス角膜炎              |
| 19 | 一次性膜性増殖性糸球体腎炎                | 74  | 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症      | 129 | 再発性多発軟骨炎                   |
| 20 | 1p36欠失症候群                    | 75  | 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）     | 130 | 左心低形成症候群                   |
| 21 | 遺伝性シストニア                     | 76  | 筋萎縮性側索硬化症            | 131 | サルコイドーシス                   |
| 22 | 遺伝性周期性四肢麻痺                   | 77  | 筋型糖原病                | 132 | 三尖弁閉鎖症                     |
| 23 | 遺伝性肺炎                        | 78  | 筋ジストロフィー             | 133 | CFC症候群                     |
| 24 | 遺伝性鉄芽球性貧血                    | 79  | クッシング病               | 134 | シェーグレン症候群                  |
| 25 | VATER症候群                     | 80  | クリオピリン関連周期熱症候群       | 135 | 色素性乾皮症                     |
| 26 | ウィーバー症候群                     | 81  | クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群 | 136 | 自己食空腔性ミオパチー                |
| 27 | ウィリアムズ症候群                    | 82  | クルーゾン症候群             | 137 | 自己免疫性肝炎                    |
| 28 | ウィルソン病                       | 83  | グルコーストランスポーター1欠損症    | 138 | 自己免疫性出血病XIII               |
| 29 | ウエスト症候群                      | 84  | グルタル酸血症1型            | 139 | 自己免疫性溶血性貧血                 |
| 30 | ウェルナー症候群                     | 85  | グルタル酸血症2型            | 140 | シトステロール血症                  |
| 31 | ウォルフラム症候群                    | 86  | クロウ・深瀬症候群            | 141 | 紫斑病性腎炎                     |
| 32 | ウルリッヒ病                       | 87  | クローン病                | 142 | 脂肪萎縮症                      |
| 33 | HTLV-1関連脊髄症                  | 88  | クローンカイト・カナダ症候群       | 143 | 若年性肺炎腫                     |
| 34 | ATR-X症候群                     | 89  | 痙攣重積型（二相性）急性脳症       | 144 | シャルコー・マリー・トゥース病            |
| 35 | ADH分泌異常症 ※                   | 90  | 結節性硬化症               | 145 | 重症筋無力症                     |
| 36 | エーラス・ダンロス症候群                 | 91  | 結節性多発動脈炎 ※           | 146 | 修正大血管転位症                   |
| 37 | エプスタイン症候群                    | 92  | 血栓性血小板減少性紫斑病         | 147 | シュワルツ・ヤンベル症候群              |
| 38 | エプスタイン病                      | 93  | 限局性皮膚異形成             | 148 | 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症      |
| 39 | エマヌエル症候群                     | 94  | 原発性局所多汗症             | 149 | 神経細胞移動異常症                  |
| 40 | 遠位型ミオパチー                     | 95  | 原発性硬化性胆管炎            | 150 | 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 |
| 41 | 円錐角膜                         | 96  | 原発性高脂血症              | 151 | 神経線維腫症                     |
| 42 | 黄色靱帯骨化症                      | 97  | 原発性側索硬化症             | 152 | 神経フェリチン症                   |
| 43 | 黄斑ジストロフィー                    | 98  | 原発性胆汁性肝硬変            | 153 | 神経有棘赤血球症 ※                 |
| 44 | 大田原症候群                       | 99  | 原発性免疫不全症候群           | 154 | 進行性核上性麻痺                   |
| 45 | オクシビタル・ホーン症候群                | 100 | 顕微鏡的大腸炎              | 155 | 進行性骨化性線維異形成症 ※※            |
| 46 | オスラー病                        | 101 | 顕微鏡的多発血管炎 ※          | 156 | 進行性多巣性白質脳症                 |
| 47 | カーニー複合                       | 102 | 高IgD症候群              | 157 | 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症            |
| 48 | 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん             | 103 | 好酸球性消化管疾患            | 158 | 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症          |
| 49 | 潰瘍性大腸炎                       | 104 | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 ※     | 159 | スタージ・ウェーバー症候群              |
| 50 | 下垂体前葉機能低下症                   | 105 | 好酸球性副鼻腔炎             | 160 | スティーヴンス・ジョンソン症候群           |
| 51 | 家族性地中海熱                      | 106 | 抗糸球体基底膜腎炎            | 161 | スミス・マギニス症候群                |
| 52 | 家族性良性慢性天疱瘡                   | 107 | 後縦靱帯骨化症              | 162 | スモン                        |
| 53 | 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群      | 108 | 甲状腺ホルモン不応症 ※         | 163 | 脆弱X症候群                     |
| 54 | 歌舞伎症候群                       | 109 | 拘束型心筋症               | 164 | 脆弱X症候群関連疾患                 |
| 55 | カラクトース-1-リン酸ワリジルトランスフェラーゼ欠損症 | 110 | 高チロシン血症1型            | 165 | 正常圧水頭症                     |

 新たに対象となる疾病  
 ※ 対象に変更はないが、平成27年1月に疾病表記が変更されたもの  
 ※※ 対象に変更はないが、平成27年7月に疾病表記が変更されたもの

| 番号  | 疾病名                    |
|-----|------------------------|
| 166 | 成人スチル病                 |
| 167 | 成長ホルモン分泌亢進症 ※          |
| 168 | 脊髄空洞症                  |
| 169 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。) ※  |
| 170 | 脊髄髄膜瘤                  |
| 171 | 脊髄性筋萎縮症                |
| 172 | 全身型若年性特発性関節炎           |
| 173 | 全身性エリテマトーデス            |
| 174 | 先天性横隔膜ヘルニア             |
| 175 | 先天性核上性球麻痺              |
| 176 | 先天性魚鱗癬 ※※              |
| 177 | 先天性筋無力症候群              |
| 178 | 先天性腎性尿崩症               |
| 179 | 先天性赤血球形成異常性貧血          |
| 180 | 先天性大脳白質形成不全症           |
| 181 | 先天性風疹症候群               |
| 182 | 先天性副腎低形成症              |
| 183 | 先天性副腎皮質酵素欠損症           |
| 184 | 先天性ミオパチー               |
| 185 | 先天性無痛無汗症               |
| 186 | 先天性葉酸吸収不全              |
| 187 | 前頭側頭葉変性症               |
| 188 | 早期ミオクロニー脳症             |
| 189 | 総動脈幹遺残症                |
| 190 | 総排泄腔遺残                 |
| 191 | 総排泄腔外反症                |
| 192 | ソトス症候群                 |
| 193 | ダイヤモンド・ブラックファン貧血       |
| 194 | 第14番染色体父親性ダイソミー症候群     |
| 195 | 大脳皮質基底核変性症             |
| 196 | ダウン症候群                 |
| 197 | 高安動脈炎 ※                |
| 198 | 多系統萎縮症                 |
| 199 | タナトフォリック骨異形成症          |
| 200 | 多発血管炎性肉芽腫症 ※           |
| 201 | 多発性硬化症／視神経脊髄炎 ※        |
| 202 | 多発性嚢胞腎                 |
| 203 | 多脾症候群                  |
| 204 | タンジール病                 |
| 205 | 単心室症                   |
| 206 | 弾性線維性仮性黄色腫             |
| 207 | 短腸症候群                  |
| 208 | 胆道閉鎖症                  |
| 209 | 遅発性内リンパ水腫              |
| 210 | チャージ症候群                |
| 211 | 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群    |
| 212 | 中毒性表皮壊死症               |
| 213 | 腸管神経節細胞減少症             |
| 214 | TSH分泌亢進症 ※             |
| 215 | TNF受容体関連周期性症候群         |
| 216 | 低ホスファターゼ症              |
| 217 | 天疱瘡                    |
| 218 | 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症 |
| 219 | 特発性拡張型心筋症              |
| 220 | 特発性間質性肺炎               |

| 番号  | 疾病名                     |
|-----|-------------------------|
| 221 | 特発性基底核石灰化症              |
| 222 | 特発性血小板減少性紫斑病            |
| 223 | 特発性後天性全身性無汗症            |
| 224 | 特発性大腿骨頭壊死症 ※            |
| 225 | 特発性門脈圧亢進症               |
| 226 | 特発性両側性感音難聴              |
| 227 | 突発性難聴                   |
| 228 | ドラベ症候群                  |
| 229 | 中條・西村症候群                |
| 230 | 那須・ハコラ病                 |
| 231 | 軟骨無形成症                  |
| 232 | 難治頻回部分発作重積型急性脳炎         |
| 233 | 22q11.2欠失症候群            |
| 234 | 乳幼児肝巨大血管腫               |
| 235 | 尿素サイクル異常症               |
| 236 | ヌーナン症候群                 |
| 237 | 脳髄黄色腫症                  |
| 238 | 脳表へモジゲリン沈着症             |
| 239 | 膿疱性乾癬                   |
| 240 | 嚢胞性線維症                  |
| 241 | パーキンソン病                 |
| 242 | パージャー病                  |
| 243 | 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症          |
| 244 | 肺動脈性肺高血圧症               |
| 245 | 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）       |
| 246 | 肺胞低換気症候群                |
| 247 | パッド・キアリ症候群              |
| 248 | ハンチントン病                 |
| 249 | 汎発性特発性骨増殖症              |
| 250 | P C D H 19関連症候群         |
| 251 | 肥厚性皮膚骨膜炎                |
| 252 | 非ジストロフィー性ミオトニー症候群       |
| 253 | 皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症 |
| 254 | 肥大型心筋症                  |
| 255 | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症 ※※     |
| 256 | ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症        |
| 257 | ピッカースタッフ脳幹脳炎            |
| 258 | 非典型型溶血性尿毒症候群            |
| 259 | 非特異性多発性小腸潰瘍症            |
| 260 | 皮膚筋炎／多発性筋炎 ※            |
| 261 | びまん性汎細気管支炎              |
| 262 | 肥満低換気症候群                |
| 263 | 表皮水疱症                   |
| 264 | ヒルシュブルング病（全結腸型又は小腸型）    |
| 265 | ファイファー症候群               |
| 266 | ファロー四徴症                 |
| 267 | ファンコニ貧血                 |
| 268 | 封入体筋炎                   |
| 269 | フェニルケトン尿症               |
| 270 | 複合カルボキシラーゼ欠損症           |
| 271 | 副甲状腺機能低下症               |
| 272 | 副腎白質ジストロフィー ※※          |
| 273 | 副腎皮質刺激ホルモン不応症           |
| 274 | ブラウ症候群                  |
| 275 | ブラダー・ウィリ症候群             |

| 番号  | 疾病名                           |
|-----|-------------------------------|
| 276 | プリオン病                         |
| 277 | プロピオン酸血症                      |
| 278 | PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症） ※         |
| 279 | 閉塞性細気管支炎                      |
| 280 | ベーチェット病                       |
| 281 | ベスレムミオパチー                     |
| 282 | ヘパリン起因性血小板減少症                 |
| 283 | ヘモクロマトーシス                     |
| 284 | ペリー症候群                        |
| 285 | ペルーシド角膜辺縁変性症                  |
| 286 | ペルオキシソーム病（脂質異常ジストロフィーを除く。） ※※ |
| 287 | 片側巨脳症                         |
| 288 | 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群              |
| 289 | 発作性夜間ヘモグロビン尿症                 |
| 290 | ポリフィリン症                       |
| 291 | マリネスコ・シェーグレン症候群               |
| 292 | マルファン症候群                      |
| 293 | 慢性炎症性筋性多発神経炎／多発性運動ニューロパチー ※   |
| 294 | 慢性血栓性肺高血圧症                    |
| 295 | 慢性再発性多発性骨髄炎                   |
| 296 | 慢性脾炎                          |
| 297 | 慢性特発性偽性腸閉塞症                   |
| 298 | ミオクロニー欠伸てんかん                  |
| 299 | ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん             |
| 300 | ミトコンドリア病                      |
| 301 | 無脾症候群                         |
| 302 | 無βリボタンパク血症                    |
| 303 | メーブルシロップ尿症                    |
| 304 | メチルマロン酸血症                     |
| 305 | メビウス症候群                       |
| 306 | メンケス病                         |
| 307 | 網膜色素変性症                       |
| 308 | もやもや病                         |
| 309 | モワット・ウィルソン症候群                 |
| 310 | 薬剤性過敏症候群                      |
| 311 | ヤング・シンプソン症候群                  |
| 312 | 優性遺伝形式をとる遺伝性難聴                |
| 313 | 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん              |
| 314 | 4p欠失症候群                       |
| 315 | ライソゾーム病 ※                     |
| 316 | ラスマッセン脳炎                      |
| 317 | ランゲルハンス細胞組織球症                 |
| 318 | ランドウ・クレファナー症候群                |
| 319 | リジン尿性蛋白不耐症                    |
| 320 | 両側性小耳症・外耳道閉鎖症                 |
| 321 | 両大血管右室起始症                     |
| 322 | リンパ管腫症/ゴーム病                   |
| 323 | リンパ管筋腫症 ※                     |
| 324 | 類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）            |
| 325 | ルビンシュタイン・ティビ症候群               |
| 326 | レーベル遺伝性視神経症                   |
| 327 | レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症    |
| 328 | 劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴                |
| 329 | レット症候群                        |
| 330 | レノックス・ガストー症候群                 |
| 331 | ロスモンド・トムソン症候群                 |
| 332 | 肋骨異常を伴う先天性側弯症                 |

 新たに対象となる疾病  
 ※ 対象に変更はないが、平成27年1月に疾病表記が変更されたもの  
 ※※ 対象に変更はないが、平成27年7月に疾病表記が変更されたもの

サービス

あ

青い鳥郵便はがきの無料配布 74  
アルコール依存症者及び家族の相談 57  
移動支援 51  
NHK放送受信料の免除 72

か

九州郵船 62  
共同生活援助(グループホーム) 11  
居宅介護(ホームヘルプ) 8  
車いす貸与 55  
三島旅客船利用運賃一部助成 62  
軽自動車税の減免 68  
携帯電話基本料金等の割引 73  
航空 61  
行動援護 9  
声の広報の発行 77

さ

小児慢性特定疾病医療費助成 34  
JR 58  
事業主への助成 81  
市営住宅の緩和措置等 41  
施設入所支援 10  
自動車運転免許取得費助成 65  
自動車改造費の助成 65  
自動車税・自動車取得税の減免 69  
住宅改修費の助成 39  
住宅改造費の助成 40  
重度障害者等包括支援 10  
重度訪問介護 8  
住民税の障害者控除 70  
就労移行支援 11  
就労継続支援 11  
手話通訳者の派遣 76  
手話奉仕員養成研修 76  
障害基礎年金 30  
障害厚生年金 30  
障害共済年金 30  
障害児施設支援(通所・入所) 19  
障害児福祉手当 29  
障がい者虐待相談 83  
障害者(児)等交通費助成 64  
障がい児通所入浴支援 14  
障がい者に関するマーク 20・26・82  
職業訓練 81  
職業相談・職業紹介・職場定着指導 80  
職場適応訓練 80  
所得税の障害者控除 70  
自立訓練(機能訓練・生活訓練・宿泊型自立訓練) 11  
自立支援医療(更生医療) 32  
自立支援医療(育成医療) 33  
自立支援医療(精神通院) 33  
心身障害者扶養共済制度 31  
身体障害者標識(車表示用) 82

た

生活介護 9  
生活福祉資金貸付制度 75  
精神保健相談 57  
成年後見制度利用支援 53  
相続税の障害者控除 71  
相談支援事業 83

タクシー 60  
短期入所(ショートステイ) 10  
地域活動支援センター 51  
駐車禁止の除外措置 66  
聴覚障害者標識(車表示用) 82  
点字投票 78  
点字等郵便物の無料扱い 74  
電車 59  
電話番号の無料案内 73  
同行援護 8  
特別児童扶養手当 28  
特別障害者手当 28  
特定疾患等一覧 35  
特別障害給付金 31

な

長崎県パーキング・パーミット制度 67  
難病医療 34  
難病医療相談 56  
日常生活用具の給付 42～50  
日中一時支援 51  
入院時コミュニケーション支援 53

は

バス 59  
福祉医療 32  
訪問看護 54  
訪問入浴サービス 51  
補装具費(購入・修理)の支給 38  
福祉タクシー 60

や

郵便等による不在者投票 78  
郵便等による不在者投票(代理記載) 79  
有料道路 63

ら

療養介護 9