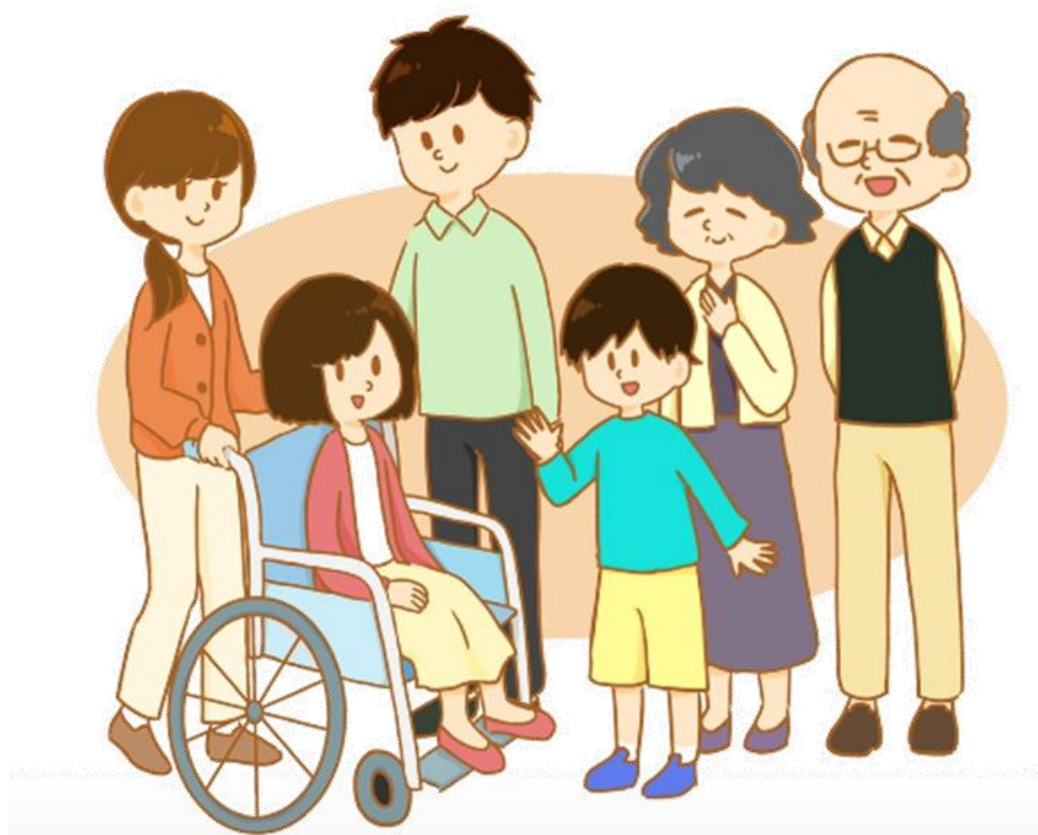


# 障害者福祉ガイドブック

(令和 7 年度版)



銚子市社会福祉課 障 害 支 援 室

Tel 24-8181 (内線 544・546・556・389)

Tel 24-8968 (直通)      FAX 25-7502

## 表紙イラストの作者紹介

銚子特別支援学校卒業生の石毛愛純です。  
絵を描くことが好きで、タブレットを使って絵を描いています。  
猫が好きなので、猫の絵もよく描きます。  
たくさんの作品を作れるよう頑張りたいです。

## 目 次

### 1 障害者手帳等級別の主なサービス一覧 1

#### 2. 障害者手帳

|             |   |
|-------------|---|
| 障害者手帳交付の流れ  | 5 |
| 身体障害者手帳     | 6 |
| 療育手帳        | 7 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 9 |

#### 3. 年金など

|               |    |
|---------------|----|
| 障害基礎年金        | 10 |
| 障害厚生年金・障害共済年金 | 10 |
| 特別障害給付金       | 11 |
| 千葉県心身障害者扶養年金  | 12 |

#### 4. 手当など

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 特別障害者手当(国)                     | 13 |
| 障害児福祉手当(国)                     | 13 |
| 特別児童扶養手当(国)                    | 14 |
| ねたきり身体障害者福祉手当<br>在宅重度知的障害者福祉手当 | 14 |

#### 5. 医療費助成など

|                    |    |
|--------------------|----|
| 心身障害者(児)医療費助成      | 15 |
| 自立支援医療(更生医療)       | 16 |
| 自立支援医療(育成医療)       | 17 |
| 自立支援医療(精神通院)       | 17 |
| 指定難病医療費助成          | 18 |
| 小児慢性特定疾病医療費助成      | 19 |
| 特定疾病療養             | 19 |
| 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 | 20 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 障害認定による後期高齢者医療の<br>受給資格 | 20 |
|-------------------------|----|

#### 6. 補装具・日常生活用具

|              |    |
|--------------|----|
| 補装具の交付・修理等   | 21 |
| 難聴児補聴器購入費の助成 | 22 |
| 点字図書の給付      | 23 |
| 日常生活用具の給付    | 24 |
| 日常生活用具の品目等   | 24 |
| 日常生活用具の貸出    | 29 |
| 紙おむつの給付(市単)  | 29 |

#### 7. 障害福祉サービス等

##### 【介護給付】

|              |    |
|--------------|----|
| 居宅介護(ホームヘルプ) | 30 |
| 重度訪問介護       | 30 |
| 重度障害者等包括支援   | 30 |
| 行動援護         | 30 |
| 同行援護         | 30 |
| 療養介護         | 31 |
| 生活介護         | 31 |
| 短期入所         | 31 |
| 施設入所支援       | 31 |

##### 【訓練等給付】

|        |    |
|--------|----|
| 自立訓練   | 31 |
| 就労移行支援 | 31 |
| 就労継続支援 | 31 |
| 就労定着支援 | 31 |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 自立生活援助・・・・・・・・・・      | 32 |
| 共同生活援助(グループホーム)・・・・・  | 32 |
| 【地域相談支援】              |    |
| 地域移行支援・・・・・・・・・・      | 32 |
| 地域定着支援・・・・・・・・・・      | 32 |
| 【障害児通所支援】             |    |
| 児童発達支援・・・・・・・・・・      | 32 |
| 医療型児童発達支援・・・・・・・・・・   | 32 |
| 放課後等デイサービス・・・・・・・・・・  | 33 |
| 居宅訪問型児童発達支援・・・・・・・・・・ | 33 |
| 保育所等訪問支援・・・・・・・・・・    | 33 |
| 【障害児入所支援】・・・・・・・・・・   | 33 |
| 【相談支援】・・・・・・・・・・      | 33 |
| 【利用の手続き】・・・・・・・・・・    | 34 |

## 8. 地域生活支援事業

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 地域活動支援センター・・・・・・・・・・  | 35 |
| 知的障害者職親委託事業・・・・・・・・・・ | 35 |
| 移動支援サービス・・・・・・・・・・    | 36 |
| 日中一時支援・・・・・・・・・・      | 36 |
| 訪問入浴サービス・・・・・・・・・・    | 37 |
| 手話通訳者・要約筆記者の派遣・・・・・   | 37 |
| 緊急通報装置の設置・・・・・・・・・・   | 38 |
| 自動車運転免許証取得費用の助成・・・・・  | 38 |
| 自動車改造費用の助成・・・・・・・・・・  | 39 |
| 点字・声の広報発行事業・・・・・・・・・・ | 39 |
| 成年後見制度の利用支援・・・・・・・・・・ | 40 |
| 障害者基幹相談支援センター・・・・・    | 40 |

## 9. 税金・公共料金の減免等

|                    |    |
|--------------------|----|
| 自動車税等の減免・・・・・・・・・・ | 41 |
|--------------------|----|

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 軽自動車税の減免・・・・・・・・・・      | 44 |
| 所得税・市県民税の障害者控除・・・・・     | 45 |
| 所得税・市県民税のその他控除・・・・・     | 46 |
| 市県民税の非課税・・・・・・・・・・      | 46 |
| 相続税の障害者控除・・・・・・・・・・     | 47 |
| 贈与税の非課税・・・・・・・・・・       | 47 |
| 利子等の非課税・・・・・・・・・・       | 48 |
| NHK放送受信料の減免・・・・・・・・・・   | 48 |
| NTT東日本ふれあい案内(番号案内)・・・・・ | 49 |
| 携帯電話の障害者割引・・・・・・・・・・    | 49 |
| 郵便料金の免除・・・・・・・・・・       | 49 |
| はがきの無料配布(青い鳥郵便)・・・・・    | 50 |

## 10. 各種割引

|                      |    |
|----------------------|----|
| 障害者有料道路通行料金の割引・・・・・  | 51 |
| 福祉タクシー券の交付・・・・・・・・・・ | 52 |
| タクシー料金の割引・・・・・・・・・・  | 53 |
| JR旅客運賃の割引・・・・・・・・・・  | 53 |
| 民間バス運賃の割引・・・・・・・・・・  | 54 |
| 国内航空運賃の割引・・・・・・・・・・  | 54 |

## 11. その他の福祉サービス

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 投票に関する制度・・・・・・・・・・    | 55 |
| 生活福祉資金の貸付・・・・・・・・・・   | 55 |
| 社会福祉活動機器の貸出・・・・・・・・・・ | 55 |
| 障害者グループホーム等家賃補助・・・・・  | 56 |
| 家具転倒防止器具等取付費補助・・・・・   | 56 |
| NET119 緊急通報システム・・・・・  | 56 |
| 駐車禁止除外措置・・・・・・・・・・    | 57 |
| 障害者等用駐車区画利用証の交付・・・・・  | 57 |
| 福祉カーの貸出・・・・・・・・・・     | 57 |

|                    |    |
|--------------------|----|
| オストメイト対応トイレ設置施設・・・ | 58 |
|--------------------|----|

## 12. 困ったときの相談窓口

|                   |    |
|-------------------|----|
| 各種相談窓口・・・・・・・・・・  | 59 |
| 障害福祉事業所一覧・・・・・・・・ | 61 |
| 銚子市役所施設等連絡先一覧・・・  | 65 |

## 参考資料

|                    |    |
|--------------------|----|
| 身体障害者等級表・・・・・・・・・・ | 66 |
| 療育手帳 障害の基準・・・・・・・・ | 72 |
| 精神障害者保健手帳 障害の基準・・・ | 72 |
| 身体障害者手帳英訳証明申請書・・・  | 73 |
| 難病医療費助成制度対象疾病一覧・・  | 75 |
| 障害者に関するマーク・・・・・・・・ | 79 |

# 1 障害者手帳等級別の主なサービス一覧

( ○印＝該当、△印＝目安、所得等の制限あり

—：非該当) 障害支援室窓口受付

| 区分          |       |      | 年金     |                   |         |              | 手当        |           |            |                                | 医療            |              |              |              | 補装具・日常生活用具 |             |         |            |             |
|-------------|-------|------|--------|-------------------|---------|--------------|-----------|-----------|------------|--------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------|-------------|---------|------------|-------------|
| 本文ページ       |       |      | 10     | 10                | 11      | 12           | 13        | 13        | 14         | 14                             | 15            | 16           | 17           | 17           | 21         | 22          | 23      | 24         | 29          |
| 手帳          | 障害の種別 | 事業級  | 障害基礎年金 | 障害厚生年金・<br>障害共済年金 | 特別障害給付金 | 千葉県心身障害者扶養年金 | 特別障害者手当Ⅱ国 | 障害児福祉手当Ⅱ国 | 特別児童扶養手当Ⅱ国 | ねたきり身体障害者福祉手当<br>在宅重度知的障害者福祉手当 | 心身障害者（児）医療費助成 | 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） | 補装具の交付・修理等 | 難聴児補聴器購入費助成 | 点字図書の給付 | 日常生活用具の給付等 | 紙おむつの給付（市単） |
|             |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                |               |              |              |              |            |             |         |            |             |
| 身体障害者手帳     | 視覚障害  | 1 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | △       |            |             |
|             |       | 2 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | △       |            |             |
|             |       | 3 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | △       |            |             |
|             |       | 4 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | △       |            |             |
|             |       | 5 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | △       |            |             |
|             |       | 6 級  | 本      | 本                 | 本       | 本            | 本         | 本         | 本          | 本                              | 本             | —            | △            | 本            | 本          | △           | 本       | △          | 本           |
|             | 聴覚・平衡 | 2 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 3 級  | 文      | 文                 | 文       | 文            | 文         | 文         | 文          | 文                              | —             | △            | 文            | 文            | △          | 文           | —       | 文          | 文           |
|             |       | 4 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 5 級  | 参      | 参                 | 参       | 参            | 参         | 参         | 参          | 参                              | —             | △            | 参            | 参            | △          | 参           | —       | 参          | 参           |
|             |       | 6 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 音声言語 | 3 級    | 照                 | 照       | 照            | 照         | 照         | 照          | 照                              | 照             | —            | △            | 照            | 照          | △           | 照       | —          | 照           |
|             | 4 級   |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             | 肢体不自由 | 1 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 2 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 3 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 4 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 5 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 6 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             | 内部障害  | 1 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 2 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 3 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             |       | 4 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | △            |              |              | △          |             | —       |            |             |
|             | 療育手帳  | 知的障害 | ㊦      |                   |         |              |           |           |            |                                |               | △            | —            |              |            | —           |         | —          |             |
| ㊦の1         |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| ㊦の2         |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| A の1        |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| A の2        |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | △             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| B の1        |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| B の2        |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
|             |       |      |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 精神障害  | 1 級  |        |                   |         |              |           |           |            | △                              | —             |              |              | —            |            | —           |         |            |             |
|             |       | 2 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
|             |       | 3 級  |        |                   |         |              |           |           |            |                                | —             | —            |              |              | —          |             | —       |            |             |
| 難病者         |       |      |        |                   |         |              |           |           |            | —                              | —             |              |              | △            |            | —           |         |            |             |

# 1 障害者手帳等級別の主なサービス一覧

(○印＝該当、△印＝目安、所得等の制限あり  
—：非該当) 障害支援室窓口受付

| 区分          |       |     | 障害福祉サービス           |                     |         |      | 地域生活支援事業   |        |          |            |                    |          |               |           |           |        |            |
|-------------|-------|-----|--------------------|---------------------|---------|------|------------|--------|----------|------------|--------------------|----------|---------------|-----------|-----------|--------|------------|
| 本文ページ       |       |     | 30                 | 31                  | 32      | 33   | 35         | 36     | 36       | 37         | 37                 | 38       | 38            | 39        | 39        | 40     | 40         |
| 手帳          | 障害の種別 | 事業級 | 障害福祉サービス<br>(介護給付) | 障害福祉サービス<br>(訓練等給付) | 障害児サービス | 相談支援 | 地域活動支援センター | 移動支援事業 | 日中一時支援事業 | 訪問入浴サービス事業 | 派遣<br>手話通訳者・要約筆記者の | 緊急通報装置設置 | 自動車運転免許取得費用助成 | 自動車改造費用助成 | 点字・声の広報発行 | 成年後見制度 | 基幹相談支援センター |
|             |       |     |                    |                     |         |      |            |        |          |            |                    |          |               |           |           |        |            |
| 身体障害者手帳     | 視覚障害  | 1 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      |            |
|             |       | 2 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      |            |
|             |       | 3 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      |            |
|             |       | 4 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      |            |
|             |       | 5 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      |            |
|             |       | 6 級 | 本                  | 本                   | 本       | 本    | 本          | 本      | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | ○         | —      | 本          |
|             | 聴覚・平衡 | 2 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | ○                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 3 級 | 文                  | 文                   | 文       | 文    | 文          | 文      | △        | —          | ○                  | △        | △             | —         | —         | —      | 文          |
|             |       | 4 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | ○                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 5 級 | 参                  | 参                   | 参       | 参    | 参          | 参      | △        | —          | ○                  | △        | —             | —         | —         | —      | 参          |
|             |       | 6 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | ○                  | △        | —             | —         | —         | —      |            |
|             | 音声言語  | 3 級 | 照                  | 照                   | 照       | 照    | 照          | 照      | △        | —          | ○                  | △        | △             | —         | —         | —      | 照          |
|             |       | 4 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | ○                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             | 肢体不自由 | 1 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | △          | —                  | △        | △             | △         | —         | —      |            |
|             |       | 2 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | △          | —                  | △        | △             | △         | —         | —      |            |
|             |       | 3 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 4 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 5 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 6 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | —             | —         | —         | —      |            |
|             | 内部障害  | 1 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 2 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 3 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
|             |       | 4 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | △        | △             | —         | —         | —      |            |
| 療育手帳        | 知的障害  | ①   |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | ①の1 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | ①の2 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | Aの1 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | Aの2 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | Bの1 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
|             |       | Bの2 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | △             | —         | —         | △      |            |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 精神障害  | 1 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | —             | —         | —         | △      |            |
|             |       | 2 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | —             | —         | —         | △      |            |
|             |       | 3 級 |                    |                     |         |      |            |        | △        | —          | —                  | —        | —             | —         | —         | △      |            |
| 難病者         |       |     |                    |                     |         |      |            |        | —        | △          | —                  | —        | —             | △         | —         | —      |            |

# 1 障害者手帳等級別の主なサービス一覧

(○印＝該当、△印＝目安、所得等の制限あり  
—：非該当) 障害支援室窓口受付

| 区分      |       |     | 税金・公共料金の減免    |          |                |           |         |             |                        |            |         | 各種割引                |               |            |           |           |           |           |
|---------|-------|-----|---------------|----------|----------------|-----------|---------|-------------|------------------------|------------|---------|---------------------|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 本文ページ   |       |     | 41            | 44       | 45             | 47        | 47      | 48          | 49                     | 49         | 49      | 50                  | 51            | 52         | 53        | 53        | 54        | 54        |
| 手帳      | 障害の種別 | 事業級 | 自動車税・自動車取得税減免 | 軽自動車税の減免 | 所得税・市県民税の障害者控除 | 相続税の障害者控除 | 贈与税の非課税 | NHK放送受信料の減免 | NTT東日本ふれあい案内<br>(番号案内) | 携帯電話の障害者割引 | 郵便料金の免除 | はがきの無料配布<br>(青い鳥郵便) | 障害者有料道路通行料金割引 | 福祉タクシー券の交付 | タクシー料金の割引 | JR旅客運賃の割引 | 民間バス運賃の割引 | 国内航空運賃の割引 |
|         |       |     |               |          |                |           |         |             |                        |            |         |                     |               |            |           |           |           |           |
| 身体障害者手帳 | 視覚障害  | 1級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 2級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 3級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 4級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 5級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 6級  | 本             | 本        | 本              | 本         | 本       | △           | 本                      | ○          | 本       |                     | △             | —          | ○         | ○         | 本         | 本         |
|         | 聴覚・平衡 | 2級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 3級  | 文             | 文        | 文              | 文         | 文       | △           | 文                      | ○          | 文       |                     | △             | —          | ○         | ○         | 文         | 文         |
|         |       | 4級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 5級  | 参             | 参        | 参              | 参         | 参       | △           | 参                      | ○          | 参       |                     | △             | —          | ○         | ○         | 参         | 参         |
|         |       | 6級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         | 音声言語  | 3級  | 照             | 照        | 照              | 照         | 照       | △           | 照                      | ○          | 照       |                     | △             | —          | ○         | ○         | 照         | 照         |
|         |       | 4級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         | 肢体不自由 | 1級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 2級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 3級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | △          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 4級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 5級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 6級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         | 内部障害  | 1級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 2級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 3級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | 4級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
| 療育手帳    | 知的障害  | ①   |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | ①の1 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | ①の2 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | Aの1 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | Aの2 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | ○          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | Bの1 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
|         |       | Bの2 |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | △             | —          | ○         | ○         |           |           |
| 福祉手帳    | 精神障害  | 1級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | —             | ○          | —         | ○         |           |           |
|         |       | 2級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | —             | —          | —         | ○         |           |           |
|         |       | 3級  |               |          |                |           |         | △           |                        | ○          |         |                     | —             | —          | —         | ○         |           |           |
| 難病者     |       |     |               |          |                |           |         | —           |                        | —          |         |                     | —             | —          | —         | —         |           |           |

# 1 障害者手帳等級別の主なサービス一覧

( ○印＝該当、△印＝目安、所得等の制限あり  
—：非該当) 障害支援室窓口受付

| 区分          |       |      | その他福祉サービス |             |                    |                       |          |                     |         |
|-------------|-------|------|-----------|-------------|--------------------|-----------------------|----------|---------------------|---------|
| 本文ページ       |       |      | 55        | 56          | 56                 | 56                    | 57       | 57                  | 57      |
| 手帳          | 障害の種別 | 事業級  | 生活福祉資金の貸付 | 障害者グループホーム等 | 補助<br>家具転倒防止器具等取付費 | N E T 119<br>緊急通報システム | 駐車禁止除外措置 | の交付<br>障害者等用駐車区画利用証 | 福祉カーの貸出 |
|             |       |      |           |             |                    |                       |          |                     |         |
| 身体障害者手帳     | 視覚障害  | 1 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 2 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 3 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 4 級  |           |             |                    | —                     | △        | ○                   | ○       |
|             |       | 5 級  |           |             |                    | —                     | —        | —                   | ○       |
|             |       | 6 級  | 本         | 本           | 本                  | —                     | —        | —                   | ○       |
|             | 聴覚・平衡 | 2 級  |           |             |                    | ○                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 3 級  | 文         | 文           | 文                  | ○                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 4 級  |           |             |                    | ○                     | —        | —                   | ○       |
|             |       | 5 級  | 参         | 参           | 参                  | ○                     | —        | —                   | ○       |
|             |       | 6 級  |           |             |                    | ○                     | —        | —                   | ○       |
|             | 音声言語  | 3 級  | 照         | 照           | 照                  | ○                     | —        | —                   | ○       |
|             |       | 4 級  |           |             |                    | ○                     | —        | —                   | ○       |
|             | 肢体不自由 | 1 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 2 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 3 級  |           |             |                    | —                     | △        | △                   | ○       |
|             |       | 4 級  |           |             |                    | —                     | △        | △                   | ○       |
|             |       | 5 級  |           |             |                    | —                     | —        | △                   | ○       |
|             |       | 6 級  |           |             |                    | —                     | —        | △                   | ○       |
|             | 内部障害  | 1 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 2 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 3 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | 4 級  |           |             |                    | —                     | —        | ○                   | ○       |
| 療育手帳        | 知的障害  | ㊦    |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | ㊦の1  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | ㊦の2  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | A の1 |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | A の2 |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | ○       |
|             |       | B の1 |           |             |                    | —                     | —        | —                   | ○       |
|             |       | B の2 |           |             |                    | —                     | —        | —                   | ○       |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 精神障害  | 1 級  |           |             |                    | —                     | ○        | ○                   | —       |
|             |       | 2 級  |           |             |                    | —                     | —        | —                   | —       |
|             |       | 3 級  |           |             |                    | —                     | —        | —                   | —       |
| 難病者         |       |      |           |             |                    | —                     | —        | ○                   | —       |

## 2. 障害者手帳

### ○身体障害者手帳

身体障害のある方が各種の支援を受けるために必要な手帳です。

障害の程度により 1 級から 6 級まであります。身体障害者障害程度等級表（P 66～P 71）を参照してください。

|     |                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 視覚、聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく、肢体不自由（上肢・下肢・体幹）、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、肝臓免疫に障害がある方 |
| 窓 口 | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                              |

【交付申請に必要なもの】事前確認をお願いします。

| 手続の種類              |                  | ①<br>申請書 | ② ※<br>写真 | ③ ※<br>診断書 | ④<br>手帳 | ⑤ ※<br>個人番号 |
|--------------------|------------------|----------|-----------|------------|---------|-------------|
| 初めて交付申請するとき        |                  | ○        | ○         | ○          |         | ○           |
| 再交付申請              | 障害の程度が変わったとき     | ○        | ○         | ○          | ○       | ○           |
|                    | 障害が追加になったとき      | ○        | ○         | ○          | ○       | ○           |
|                    | 手帳を紛失したとき        | ○        | ○         |            |         | ○           |
|                    | 手帳を破損したとき        | ○        | ○         |            | ○       | ○           |
| 居住地等<br>変更届        | 住所が変わったとき（転居・転入） | ○        |           |            | ○       |             |
|                    | 氏名が変わったとき        | ○        |           |            | ○       |             |
| 死亡、障害に該当しなくなったときなど |                  | ○        |           |            | ○       |             |

※②写 真：1 枚

（タテ 4cm×ヨコ 3 cm、上半身、脱帽、原則 1 年以内に撮影されたもの）

③診断書：所定の身体障害者診断書・意見書（窓口にあります）で、県が指定する医師が作成したもの

⑤個人番号：マイナンバーカードの提示により確認します。

## ○療育手帳

知的障害のある方が各種の支援を受けやすくするために必要な手帳です。  
 障害の程度は、最重度のⒶから、軽度のＢの２までです。  
 一定期間後に再判定が必要になります。

|     |                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 千葉県銚子児童相談所（18 歳未満の方）又は千葉県中央障害者相談センター（18 歳以上の方）で知的障害と判定された方<br>（障害程度については P 8 を参照してください） |
| 窓 口 | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                |

### 【交付申請に必要なもの】

| 手続の種類            |               | ①<br>申請書 | ② ※<br>写真 | ③<br>手帳 | ④ ※<br>個人番号 |
|------------------|---------------|----------|-----------|---------|-------------|
| 初めて交付申請するとき      |               | ○        | ○         |         | ○           |
| 他都道府県から転入したとき    |               | ○        | ○         | ○       | ○           |
| 再 交 付 申<br>請     | 再判定を受けるとき     | ○        | ○         | ○       |             |
|                  | 手帳を紛失したとき     | ○        | ○         |         |             |
|                  | 手帳を破損したとき     | ○        | ○         | ○       |             |
| 居 住 地 等<br>変 更 届 | 住所が変わったとき（転居） | ○        |           | ○       |             |
|                  | 氏名が変わったとき     | ○        |           | ○       |             |
| 死亡、障害に該当しなくなったとき |               | ○        |           | ○       |             |

※②写 真：1 枚

（タテ 4cm×ヨコ 3 cm、上半身、脱帽、最近 6 ヶ月以内に撮影されたもの）

④個人番号：マイナンバーカードの提示により確認します。

注意：再判定の時期は手帳にてご確認ください。

【障害程度】

| 障害程度        |                   |     | 障害程度の基準                                                                                                        |
|-------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最<br>重<br>度 | 18<br>歳<br>以<br>上 | ㊤の1 | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時特別の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                              |
|             |                   | ㊤の2 | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者で、㊤の1以外の者。                                                       |
|             | 18 歳<br>未 満       | ㊤   | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                                |
| 重<br>度      | A の 1             |     | 知能指数がおおむね 21 以上 35 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                          |
|             | A の 2             |     | 知能指数がおおむね 36 以上 50 以下の者で視覚障害、聴覚障害、肢体不自由を有し、身体障害者福祉法に基づく障害等級が1級、2級または3級の手帳を所持しており、日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。 |
| 中<br>度      | B の 1             |     | 上記以外の者で、知能指数がおおむね 36 以上 50 以下の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。                                                     |
| 軽<br>度      | B の 2             |     | 知能指数がおおむね 51 以上 75 程度の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。                                                             |

## ○精神障害者保健福祉手帳

障害の状態を認定し、手帳の交付を受けた方に各種の支援を受けやすくし、精神障害者の社会復帰と社会参加への促進と自立を図ることを目的とした手帳です。障害の程度は１級から３級までで、２年ごとに更新が必要になります。

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 対象者 | 精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある方 |
| 窓 口 | 障害支援室（１０番窓口） 電話 24-8968           |

### 【必要なもの】

| 手続の種類            |               | ①<br>申請書 | ② ※<br>写真 | ③ ※<br>診断書 | ④ ※<br>障害年金<br>照会の<br>同意書 | ⑤<br>手帳 | ⑥ ※<br>個人番号 |
|------------------|---------------|----------|-----------|------------|---------------------------|---------|-------------|
| 初めて交付申請するとき      |               | ○        | ○         | ○          | ○                         |         | ○           |
| 更新するとき           |               | ○        | ○         | ○          | ○                         | ○       | ○           |
| 障害の程度が変わったとき     |               | ○        | ○         | ○          | ○                         | ○       | ○           |
| 他都道府県から転入したとき    |               | ○        | ○         |            |                           | ○       | ○           |
| 再交付申請            | 手帳を紛失したとき     | ○        | ○         |            |                           |         | ○           |
|                  | 手帳を破損したとき     | ○        | ○         |            |                           | ○       | ○           |
| 居住地等<br>変更届      | 住所が変わったとき（転居） | ○        |           |            |                           | ○       | ○           |
|                  | 氏名が変わったとき     | ○        |           |            |                           | ○       | ○           |
| 死亡、障害に該当しなくなったとき |               | ○        |           |            |                           | ○       |             |

※②写 真：１枚（タテ４cm×ヨコ３cmで、上半身、脱帽、最近１年以内に撮影されたもの）

③診断書：所定の診断書で、初診日から６ヶ月を経過した日以降のもの（用紙は窓口にあります）

④障害年金照会の同意書：精神の障害を理由に年金が支給されている場合、照会についての同意書で手続きできます。

⑥個人番号：マイナンバーカードの提示により確認します。

### 3. 年金など

#### ○障害基礎年金（国民年金加入者の場合）

国民年金に加入している間に病気またはけがによって医師の診察を受け、一定の障害状態になった方に支給されます。ただし、初診日前に保険料を納めていた期間が加入期間の3分の2以上あることが必要です。なお、令和8年3月31日までに初診日があり初診日に65歳未満の場合は初診日前の1年間に未納がなければ申請できる特例があります。また、20歳前に傷病により障害状態となった方にも20歳に達したときから支給されます。

|       |                                                                    |                                       |
|-------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 年 金 額 | 1 級                                                                | 年額 1,039,625 円 ※1<br>(1,036,625 円) ※2 |
|       | 2 級                                                                | 年額 831,700 円 ※1<br>(829,300 円) ※2     |
| 支給方法  | 年 6 回（4・6・8・10・12・2月）                                              |                                       |
| 窓 口   | 市民課保険年金室 （4番窓口） 電話 24-8956<br>厚生年金に加入の場合は、佐原年金事務所（電話 0478-54-1442） |                                       |
| 備 考   | 事前に上記窓口に相談してください。<br>※1 昭和31年4月2日以後に生まれた方<br>※2 昭和31年4月1日以前に生まれた方  |                                       |

#### ○障害厚生年金・障害共済年金

厚生年金・共済年金加入期間中に病気やけがをして障害の状態となり、その程度が一定要件を満たした場合に支給されます。

|     |                                                      |
|-----|------------------------------------------------------|
| 窓 口 | 厚生年金は佐原年金事務所（電話 0478-54-1442）<br>共済年金は各共済組合事務室になります。 |
| 備 考 | 詳細は上記の各年金の窓口にお問い合わせください。                             |

## ○特別障害給付金

平成3年3月以前の国民年金任意加入者であった学生または昭和61年3月以前の国民年金任意加入対象者であった被用者（厚生年金、共済組合などの加入者）の配偶者であって、国民年金に任意加入していなかった期間内に初診日があり障害程度が障害基礎年金1・2級に該当する場合支給されます。（所得制限有り）

- ① 平成3年3月以前に国民年金の任意加入対象者であった学生（定時制・夜間部・通信制を除く）
- ② 昭和61年3月以前に国民年金の任意加入対象者であった、厚生年金等に加入していた方の配偶者

※ただし、65歳に達する日の前日までに障害の状態に該当された方に限ります。

|       |                                                            |                    |
|-------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| 支 給 額 | 1 級障害該当                                                    | 月額 56,850 円（令和7年度） |
|       | 2 級障害該当                                                    | 月額 45,480 円（令和7年度） |
| 支給方法  | 年6回（4・6・8・10・12・2月）                                        |                    |
| 支給制限  | ・ 障害基礎年金や障害厚生年金、障害共済年金等を受給することができる場合<br>・ 受給者本人に一定の所得がある場合 |                    |
| 窓 口   | 市民課 保険年金室（4番窓口） 電話 24-8956                                 |                    |
| 備 考   | 詳細は上記窓口にお問い合わせください                                         |                    |

## ○千葉県心身障害者扶養年金

心身障害者を扶養している方が、その生存中に一定額の掛金を納付し、万一のことがあった場合、残された心身障害者に終身一定の年金を支給します。

|        |                                                                                                                                                                                |                                                   |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 加入者の要件 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県内に居住する 65 歳未満の方（加入年の 4 月 1 日現在）</li> <li>・ 特別の疾病または障害がなく、生命保険に加入できる健康状態であること</li> <li>・ 障害のある方 1 人に対して、加入できる保護者は 1 人であること</li> </ul> |                                                   |
| 対 象 者  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療育手帳をお持ちの方</li> <li>・ 身体障害者手帳 1 ～ 3 級をお持ちの方</li> <li>・ 精神または身体に永続的な障害のある方で、その障害の程度が上記と同程度の方</li> </ul>                                |                                                   |
| 掛 金 額  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 口 月額 9,300 円～23,300 円（加入者の年齢に応じて金額が異なります。）</li> <li>・ 2 口加入の場合は倍額となります。</li> <li>・ 掛金額は所得等に応じて減額される場合があります。</li> </ul>              |                                                   |
| 給 付 額  | 年 金                                                                                                                                                                            | 加入者が死亡または重度の障害となったとき<br>1 口につき月額 20,000 円の年金が支給   |
|        | 弔慰金                                                                                                                                                                            | 加入者の生存中障害者が死亡した場合<br>加入期間に応じ弔慰金が支給（加入 1 年未満は支給なし） |
|        | 脱退一時金                                                                                                                                                                          | 加入者が 5 年以上加入した後、脱退する場合<br>加入期間に応じ脱退一時金が支給         |
| 必要なもの  | 手帳、印鑑、住民票（加入者、障害者）の写し                                                                                                                                                          |                                                   |
| 窓 口    | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                       |                                                   |

## 4. 手当など

### ○特別障害者手当（国）

在宅で、著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする 20 歳以上の方に、その負担の一助となることを目的に手当を支給します。

| 対象者                                                                | 支給月額                                                                                                                                   | 支給方法                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| おおむね身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳㊤の 1・2 程度の障害が重複している方、または、これらと同程度の疾患、精神障害のある方 | 29,590 円                                                                                                                               | 年 4 回<br>5・8・11・2 月（口座振込） |
| 支給制限                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設に入所している場合</li> <li>・ 病院等に 3 ヶ月を超えて入院している場合</li> <li>・ 受給者、配偶者または扶養義務者が一定の所得を超える方</li> </ul> |                           |
| 必要なもの                                                              | 手帳、預金通帳、マイナンバーカード（提示により確認）<br>※診断書が必要な場合があります。                                                                                         |                           |
| 窓 口                                                                | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                               |                           |

### ○障害児福祉手当（国）

在宅で、重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする 20 歳未満の障害児に対して手当を支給します。

| 対象者                              | 支給月額                                                                                                  | 支給方法                      |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| おおむね身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳㊤程度の障害のある方 | 16,100 円                                                                                              | 年 4 回<br>5・8・11・2 月（口座振込） |
| 支給制限                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設に入所している場合</li> <li>・ 受給者、配偶者または扶養義務者が一定の所得を超える方</li> </ul> |                           |
| 必要なもの                            | 手帳、預金通帳、マイナンバーカード（提示により確認）<br>※診断書が必要な場合があります。                                                        |                           |
| 窓 口                              | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                              |                           |

## ○特別児童扶養手当（国）

精神または身体に重度または中程度の障害を有するため、日常生活において介護を必要とする 20 歳未満の児童を育てている家庭に対して手当を支給します。

| 受給資格者                               |                                                                                                       | 支給月額                         | 支給方法                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 障害児を監護する父母、または障害児を監護し同居かつ生計を維持する養育者 |                                                                                                       | 1 級 56,800 円<br>2 級 37,830 円 | 年 3 回<br>4・8・12 月（口座振込） |
| 支給制限                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設に入所している場合</li> <li>・ 受給者、配偶者または扶養義務者が一定の所得を超える方</li> </ul> |                              |                         |
| 必要なもの                               | 診断書、印鑑（朱肉を使うもの）、戸籍謄本、預金通帳（受給資格者名義）、マイナンバーカード（提示により確認）<br>※手帳をお持ちの方は、診断書を省略できる場合があります。                 |                              |                         |
| 窓 口                                 | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                              |                              |                         |

## ○ねたきり身体障害者福祉手当・在宅重度知的障害者福祉手当（県）

在宅の、おおむね 6 ヶ月以上のねたきりの身体障害者（20 歳以上 65 歳未満）および重度知的障害者（20 歳以上）の方、またはその方と同居かつ介護している家族に手当を支給します。

| 対象者                                                         |                                                                                                                                                         | 支給月額    | 支給方法                    |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| 在宅でおおむね 6 ヶ月以上ねたきりの身体障害者（手帳の取得要件はありません）と療育手帳 A の 2 以上をお持ちの方 |                                                                                                                                                         | 8,650 円 | 年 3 回<br>4・8・12 月（口座振込） |
| 支給制限                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設に入所している場合、病院等に 3 ヶ月を超えて入院している場合</li> <li>・ 受給者、配偶者または扶養義務者が一定の所得を超える方</li> <li>・ 特別障害者手当を支給されている方</li> </ul> |         |                         |
| 必要なもの                                                       | 手帳、預金通帳<br><u>※民生委員の証明が必要な場合があります。</u>                                                                                                                  |         |                         |
| 窓 口                                                         | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                |         |                         |

## 5. 医療費助成など

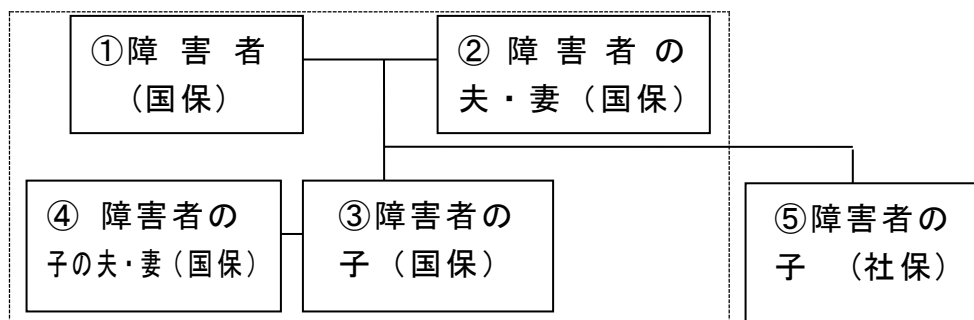
### ○心身障害者（児）医療費助成

医療機関に支払った保険診療の自己負担を助成します。（入院時食事療養費は除く。）  
※介護保険サービスを利用したときの自己負担は除きます。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳 2 級以上をお持ちの方</li> <li>・ 療育手帳 A の 2 以上をお持ちの方</li> <li>・ <b>精神障害者保健福祉手帳 1 級をお持ちの方</b>（令和 2 年 8 月 1 日～）</li> </ul> <p>※以下の方は対象になりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 27 年 8 月 1 日以降 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 65 歳以上で新たに助成対象の手帳を取得した方</li> <li>② 65 歳以上で障害程度の変更、障害追加、再認定により上記の障害程度になる方</li> </ul> </li> <li>・ 生活保護受給者</li> </ul> |
| 所得制限  | 障害者および障害者と同一の医療保険に加入している方※1 の市民税所得割の合計額 235,000 円以上の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 給付方法  | <p>○現物給付（医療機関の窓口で自己負担が軽減されます）<br/>市が発行する受給券を医療機関に提示すると、千葉県内の医療機関では自己負担額のみで受診できます。<br/>※受給券が利用できない医療機関もあります。</p> <p>○償還払い（支払った医療費が後から給付されます）<br/>① 医療機関の領収書（保険点数などの内訳記載があるもの）の原本と請求書を障害支援室に提出。<br/>② 内容を審査した後に、保険の高額療養費や附加給付等がある場合はその額を控除して自己負担額との差額を口座に振り込みます。</p>                                                                                                                                            |
| 自己負担  | 通院 1 回、入院 1 日につき 300 円<br>※市民税所得割非課税世帯は無料です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 必要なもの | 手帳、預金通帳、保険情報の確認できる書類等（障害者および障害者と同一の医療保険に加入している方全員分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 備 考   | 医療保険が適用されない医療費（自費診療、予防接種、文書料、入院時の食事代、室料差額負担金など）は助成されません。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

※1  
医療保険単位の世帯  
①+②+③+④  
の保険証

住民票の世帯  
①+②+③+④+⑤



## ○自立支援医療（更生医療）

障害程度を軽くしたり、残された機能を回復することを目的とした手術等を受ける場合、必要な医療費を公費で負担します。

|          |                                                                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者    | 身体障害者手帳をお持ちの満 18 歳以上の方                                                                           |
| 費 用      | 原則として医療費の 1 割が自己負担となります。ただし、所得要件および特定の疾病・症状などに応じて 1 ヶ月の医療費自己負担分の上限が設定されています。                     |
| 利用方法     | 市より受給者証の交付を受け、県より指定を受けた医療機関と薬局で受診します。更新や受給者証に変更がある場合は手続きが必要です。                                   |
| 申請に必要なもの | 手帳、保険情報の確認できる書類等（障害者および障害者と同一の医療保険に加入している方全員分）、所定の要否意見書、マイナンバーカード（提示により確認）                       |
| 窓 口      | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968<br>※自立支援医療（更生医療）の支給対象は、身体障害者手帳に記載のある障害が対象になりますので、 <b>申請前に必ずご相談ください。</b> |
| 備 考      | 助成を受けることができる医療機関は、都道府県知事の指定を受けた医療機関に限られます。                                                       |

### 【対象となる障害と標準的な治療の例】

| 対象となる障害        |     | 対象となる標準的な治療・医療（例）                           |
|----------------|-----|---------------------------------------------|
| 視覚障害           |     | ・ 白内障手術、網膜剥離手術、角膜移植術 等                      |
| 聴覚障害           |     | ・ 穿孔閉鎖術、形成術（外耳道形成術） 等                       |
| 音声・言語・そしゃく機能障害 |     | ・ 形成術（口蓋裂、兔唇等による音声、言語機能障害）<br>・ 歯科矯正 等      |
| 肢体不自由          |     | ・ 形成術（関節拘縮、関節硬直）<br>・ 人工関節置換術 等             |
| 内部障害           | じん臓 | 人工透析療法、じん臓移植およびこれらに伴う医療                     |
|                | 心臓  | ・ 弁形成術、弁置換術<br>・ 冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術 等 |
|                | 小腸  | 中心静脈栄養法 等                                   |
|                | 免疫  | 抗 H I V 療法、免疫調節療法 等                         |
|                | 肝臓  | 肝臓移植術、移植後の抗免疫療法                             |

## ○自立支援医療（育成医療）

身体に障害があり、手術等により確実な治療効果が期待できる児童に対し、医療費の一部を公費で負担します。

|          |                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者    | 18 歳未満で下記の障害に該当する児童<br>・ 視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓・じん臓・その他の内部障害によるもの（先天性のものに限る） |
| 費 用      | 原則として医療費の 1 割が自己負担となります。ただし、所得要件および特定の疾病・症状などに応じて 1 ヶ月の医療費自己負担分の上限が設定されています。                 |
| 申請に必要なもの | 保険情報の確認できる書類等（障害者および障害者と同一の医療保険に加入している方 <u>全員分</u> ）、所定の要否意見書、マイナンバーカード（提示により確認）             |
| 窓 口      | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                     |
| 備 考      | 詳しくは上記窓口にお問い合わせください。<br>※疾患・疾病により、対象にならない場合がありますので、 <u>申請前に必ずご相談ください。</u>                    |

## ○自立支援医療（精神通院）

精神障害の適正な医療の普及を図るため、精神障害者の通院医療に係る費用の一部を公費で負担します。

|          |                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者    | 精神障害により通院医療を受けている方                                                                            |
| 費 用      | 原則として医療費の 1 割が自己負担となります。ただし、所得要件および特定の疾病・症状などに応じて 1 ヶ月の医療費自己負担分の上限が設定されています。                  |
| 申請に必要なもの | ・ 世帯全員の保険情報の確認できる書類等・所定の診断書<br>・ マイナンバーカード（提示により確認）<br>※所得確認書類が必要な場合があります。また診断書が省略できる場合があります。 |
| 窓 口      | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                      |
| 備 考      | 助成を受けることができる医療機関は、都道府県知事の指定を受けた医療機関に限られます。                                                    |

## ○指定難病医療費助成（国）

「難病法」による医療費助成の対象となるのは原則として「指定難病」と診断され「重症度分類等」に照らして症状の程度が一定程度以上の場合となります。

|          |                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象医療     | 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する疾病等                                                                                                                                                                   |
| 申請に必要なもの | ① 申請書<br>② 臨床調査個人票（診断書）<br>③ 世帯全員の住民票（原則3か月以内に発行されたもの）<br>④ 保険情報の確認できる書類等<br>社保・共済…本人と被保険者分<br>国保・後期…同じ保険の方全員分<br>生活保護受給者…生活保護受給証明書<br>⑤ 所得課税証明書<br>⑥ マイナンバーカード（提示により確認）<br><br>＊上記以外の必要書類については、下記窓口へお問い合わせ下さい。 |
| 自己負担額    | 所得に応じた自己負担があります。                                                                                                                                                                                                |
| 窓 口      | 千葉県海匝健康福祉センター（保健所）<br>地域保健福祉課      電話 22-0206                                                                                                                                                                   |
| 備 考      | 詳しくは上記窓口でお問い合わせの上ご確認ください。                                                                                                                                                                                       |

## ○小児慢性特定疾病医療費助成

小児慢性特定疾患のうち、下記の疾患について、医療費の自己負担分の一部を公費で負担します。

|       |                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 下記の対象疾患に罹患している 18 歳未満の児童（18 歳到達後も引き続き治療が必要であると認められる場合は 20 歳まで） |
| 窓 口   | 海匠健康福祉センター 地域保健福祉課 電話 22-0206                                  |

### 【対象疾患群】 (大分類)

|                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 悪性新生物             | (白血病、骨髄異形成症候群、リンパ腫 等)      |
| 慢性腎疾患             | (ネフローゼ症候群、慢性糸球体腎炎 等)       |
| 慢性呼吸器疾患           | (気道狭窄、気管支喘息 等)             |
| 慢性心疾患             | (洞不全症候群、モビッツ 2 型ブロック 等)    |
| 内分泌疾患             | (下垂体機能低下症、下垂体性巨人症 等)       |
| 膠原病               | (膠原病疾患、血管炎症候群 等)           |
| 糖尿病               | (糖尿病)                      |
| 先天性代謝異常           | (アミノ酸代謝異常症、有機酸代謝異常症 等)     |
| 血液疾患              | (巨赤芽球性貧血、赤芽球癆 等)           |
| 免疫疾患              | (複合免疫不全症、免疫不全を伴う特徴的な症候群 等) |
| 神経・筋疾患            | (脊髄髄膜瘤、仙尾部奇形腫 等)           |
| 慢性消化器疾患           | (先天性吸収不全症、微絨毛封入体病 等)       |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | (染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群)        |
| 皮膚疾患群             | (眼皮皮膚白皮症(先天性白皮症) 等)        |
| 骨系統疾患             | (胸郭不全症候群 等)                |
| 脈管系疾患             | (脈管奇形 等)                   |
| 成長ホルモン治療          |                            |

※ 疾患ごとに一定の対象基準が設けられています。

## ○特定疾病療養（医療）

長期にわたり高額な医療費が必要となる疾病について、加入している健康保険が、治療に要する医療費のうち自己負担限度額を超えた分を支給します。

|             |                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先天性血液凝固因子障害の一部の方</li> <li>・ 人工透析が必要な慢性腎不全の方</li> <li>・ 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症の方</li> </ul>                                                     |
| 自己負担<br>限度額 | 1 ヶ月 10,000 円<br>※人工透析が必要な慢性腎不全の 70 歳未満の方で、一定所得以上の方は 20,000 円                                                                                                                             |
| 窓 口         | 加入している健康保険 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国民健康保険 → 市民課保険年金室(4 番窓口) 電話 24-8955</li> <li>・ 後期高齢者医療制度 → 市民課保険年金室(3 番窓口) 電話 24-8958</li> <li>・ 上記以外の健康保険 → それぞれの健康保険組合 等</li> </ul> |

## ○先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

下記の対象疾患にかかる医療費（保険診療分）の自己負担分について公費負担します。なお、特定疾病療養受給対象者の方は、自己負担限度額の 10,000 円以内での公費負担になります。

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 対 象 者 | 下記の対象疾患に罹患している方（20 歳以上）       |
| 窓 口   | 海匠健康福祉センター 地域保健福祉課 電話 22-0206 |

### 【対象疾患群】

|                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 先天性血液凝固因子欠乏症                   | 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症             |
|                                | 第Ⅱ因子(プロトロビン)欠乏症              |
|                                | 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症               |
|                                | 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症                |
|                                | 第Ⅷ因子欠乏症(血友病 A)               |
|                                | 第Ⅸ因子欠乏症(血友病 B)               |
|                                | 第Ⅹ因子(スチュアート・プラウア)欠乏症         |
|                                | 第Ⅺ因子(PTA)欠乏症                 |
|                                | 第Ⅻ因子(ヘイグマン因子)欠乏症             |
|                                | 第ⅫⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症         |
|                                | von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病 |
| 血液凝固因子製剤の投与に<br>起因する H I V 感染症 |                              |

## ○障害認定による後期高齢者医療の受給資格

一定の障害程度にある 65 歳以上 75 歳未満の方は、後期高齢者医療制度により、所得の状況に応じて 1 割・2 割・3 割の自己負担で医療を受けることができます。

|       |                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳 1 ～ 3 級の方</li> <li>・ 身体障害者手帳 4 級のうち、音声・言語機能障害、下肢機能障害の一部の方</li> <li>・ 療育手帳(A)、A の方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳 1 ・ 2 級の方</li> <li>・ 国民年金証書 1 級・2 級（障害基礎年金等）の方</li> </ul> |
| 手 続   | 手帳または障害状態を明らかにする書類（年金証書等）、健康保険証または資格確認書                                                                                                                                                                             |
| 窓 口   | 市民課保険年金室（3 番窓口） 電話 24-8958                                                                                                                                                                                          |

## 6. 補装具・日常生活用具

### ○補装具の交付・修理等

身体障害者手帳をお持ちの方や難病等の方に、職業や日常生活を容易にするため、身体機能を補完し、または代替する装具の交付と修理を行う費用を支給します。

※補装具費の支給は、原則として身体障害者手帳に記載のある障害が対象になり、装具によっては等級などに制限もありますので、**必ず購入・修理前にご相談ください。**（**個人で購入・修理した補装具は助成できません。**）

|       |                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 身体障害者手帳をお持ちの方や難病等の方。ただし、対象者本人または配偶者（障害児の場合は世帯全員）のうち、 <b>市民税所得割の最多納税者の税額が46万円以上の場合には対象となりません。</b>                                                                                  |
| 費用    | 費用の1割が原則として自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。<br>(1か月の負担上限月額 37,200円)                                                                                                        |
| 必要なもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者の方（身体障害者手帳）</li> <li>・マイナンバーカード（提示により確認）</li> </ul> <p>※補装具の種類によって、業者からの見積書や、医師の意見書が必要な場合があります。また、千葉県中央障害者相談センターでの判定が必要な場合があります。</p> |
| 窓口    | 障害支援室（10番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                           |
| 備考    | 介護保険法の対象とならない場合に限りします。                                                                                                                                                            |

#### 【補装具の種類】

| 障害名     | 種類                                                     |
|---------|--------------------------------------------------------|
| 肢体不自由関係 | 義肢、装具、車いす、電動車いす、歩行器、座位保持装置、歩行補助つえ（一本杖を除く）、重度障害者用意思伝達装置 |
| 視覚障害関係  | 視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡                                        |
| 聴覚障害関係  | 補聴器                                                    |
| 身体障害児のみ | 座位保持いす、起立保持具、頭部保持具、排便補助具                               |

## ○難聴児補聴器購入費の助成

身体障害者手帳の対象とならない軽度・中等度難聴児に対して、補聴器の購入に要する費用の一部を助成します。※必ず購入前にご相談ください。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | <p>次の要件をすべて満たす方</p> <p>① 市内に住所のある 18 歳未満の方</p> <p>② 両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 70 デシベル未満（医師が装用の必要を認めた場合は 30 デシベル未満でも対象）で、身体障害者手帳の交付対象者とならない方</p> <p>③ 補聴器の装用により、言語の習得等に一定の効果が期待できると指定医療機関（※）の医師の判断を受けている方</p> <p>④ 対象児の世帯に市民税所得割額 46 万円以上の方がいない方</p> <p>※指定医療機関については下記窓口にお問い合わせください。</p> |
| 助成額   | 補助基準額の 3 分の 2（1,000 円未満切捨て）を助成します。                                                                                                                                                                                                                                                |
| 耐用年数  | 5 年（イヤモールド交換を含め、修理に対する助成はありません。）                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 必要なもの | 申請書、医師意見書（指定医療機関の医師が作成した意見書）、補聴器見積書（補聴器業者が作成した見積書）                                                                                                                                                                                                                                |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 補助基準額一覧表

| 種 類                  | 附 属 品                         | 1 台当たりの基準額 | 備 考                                          |
|----------------------|-------------------------------|------------|----------------------------------------------|
| 軽度・中等度難聴用ポケット型補聴器    | 1 電池<br>2 イヤモールド              | 43,200 円   | イヤモールドを必要としない場合は、9,000 円を基準額から減額する。          |
| 軽度・中等度難聴用耳かけ型補聴器     |                               | 52,900 円   |                                              |
| 高度難聴用ポケット型補聴器        |                               | 43,200 円   |                                              |
| 高度難聴用耳かけ型補聴器         |                               | 52,900 円   |                                              |
| 重度難聴用ポケット型補聴器        |                               | 64,800 円   |                                              |
| 重度難聴用耳かけ型補聴器         |                               | 76,300 円   |                                              |
| 耳あな型補聴器<br>(レディメイド)  | 電池                            | 87,000 円   |                                              |
| 耳あな型補聴器<br>(オーダーメイド) |                               | 137,000 円  |                                              |
| 骨導式ポケット型補聴器          | 1 電池<br>2 骨導レシーバー<br>3 ヘッドバンド | 70,100 円   |                                              |
| 骨導式眼鏡型補聴器            | 1 電池<br>2 平面レンズ               | 127,200 円  | 平面レンズを必要としない場合は、平面レンズ1枚につき3,600 円を基準額から減額する。 |

### 備考

- 1 エフエム型受信機を必要とする場合は、80,000 円以下の範囲内で必要な額を基準額に加算する。
- 2 エフエム型ワイヤレスマイク（充電電池を含む。）を必要とする場合は、98,000 円以下の範囲内で必要な額を基準額に加算する。
- 3 オーディオチューを必要とする場合は、5,000 円以下の範囲内で必要な額を基準額に加算する。
- 4 補聴器販売者が補聴器に係る消費税を負担しているときは、基準額に 100 分の 103 を乗じた額を基準額とする。

## ○点字図書の給付

銚子市内に居住する文字による情報入手が困難な視覚障害者に点訳などにより作成した図書を給付します。

|     |                                                                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 銚子市内に居住する文字による情報入手が困難な視覚障害者。ただし、対象者本人または配偶者（障害児の場合は世帯全員）のうち、 <u>市民税所得割の最多納税者の税額が、46 万円以上の場合には対象となりません。</u> |
| 費 用 | 費用の 1 割が原則として自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。<br>(1 か月の負担上限月額 37,200 円)                             |
| 窓 口 | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                   |

## ○日常生活用具の給付

身体障害者手帳をお持ちの方や難病等の方に、日常生活の利便を図るための用具を給付します。原則として、在宅の方が対象となります。品目ごとに対象者が決まっています。

**※必ず購入前にご相談ください。**

|       |                                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 身体障害者手帳をお持ちの方や難病等の方。<br>* 銚子市に住所がある方、居住地特例の方。<br>ただし、対象者本人または配偶者（障害児の場合は世帯全員）のうち、 <u>市民税所得割の最多納税者の税額が、46 万円以上の場合には対象となりません。</u> |
| 費用    | 費用の 1 割が原則として自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。<br>(1 か月の負担上限月額 37,200 円)                                                  |
| 必要なもの | ・ 身体障害者手帳<br>・ 医師の意見書（難病等の方は必須です。身体障害者手帳をお持ちの方も品目によっては必要になります。）<br>・ 業者の見積書                                                     |
| 窓口    | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                        |
| 備考    | 介護保険に該当する方は、介護保険制度が優先になります。                                                                                                     |

### 【日常生活用具の品目等】

| 種目        | 品目    | 対象者                                                                          | 耐用年数 | 基準額       |
|-----------|-------|------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|
| 介護・訓練支援用具 | 特殊寝台  | 1 下肢または体幹機能障害 2 級以上で、原則として 18 歳以上の者<br>2 難病患者等であって、寝たきりの状態にあるもの              | 8 年  | 154,000 円 |
|           | 特殊マット | 1 下肢または体幹機能障害 1 級以上で、原則として 3 歳以上の者（常時介護を要する者に限る）<br>2 難病患者等であって、寝たきりの状態にあるもの | 5 年  | 19,600 円  |
|           | 特殊尿器  | 1 下肢又は体幹機能障害 1 級以上で、原則として学齢以上の者（常時介護を要する者に限る。）<br>2 難病患者等であって、自力で排尿できないもの    | 5 年  | 67,000 円  |

| 種目        | 品目                                        | 対象者                                                                                        | 耐用年数 | 基準額                                |
|-----------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|
| 介護・訓練支援用具 | 入浴担架                                      | 下肢又は体幹機能障害２級以上で、原則として３歳以上の者（入浴に当たって、家族等他人の介助を要する者に限る。）                                     | ５年   | 82,400 円                           |
|           | 体位変換器                                     | １ 下肢又は体幹機能障害２級以上で、原則として学齢以上の者（下着交換等に当たって、家族等他人の介助を要する者に限る。）<br>２ 難病患者等であって、寝たきりの状態にあるもの    | ５年   | 15,000 円                           |
|           | 移動用リフト（ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く）          | １ 下肢又は体幹機能障害２級以上で、原則として３歳以上の者<br>２ 難病患者等であって、下肢又は体幹の機能障害があるもの                              | ４年   | 159,000 円                          |
|           | 訓練いす（付属のテーブルを含む）                          | 下肢又は体幹機能障害２級以上の児童で、原則として３歳以上の者                                                             | ５年   | 33,100 円                           |
|           | 訓練用ベッド                                    | １ 下肢又は体幹機能障害２級以上の児童で、原則として学齢以上の者<br>２ 難病患者等であって、下肢又は体幹の機能障害があるもの                           | ８年   | 159,200 円                          |
| 自立生活支援用具  | 入浴補助用具（設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。）               | １ 下肢又は体幹機能障害者で、原則として３歳以上の者（入浴に当たって、家族等他人の介助を要する者に限る。）<br>２ 難病患者等であって、入浴に当たって家族等他人の介助を要するもの | ８年   | 90,000 円                           |
|           | 便器（手すりをつけることができる）（取替に当たり住宅改修を伴うものを除く。）    | １ 下肢又は体幹機能障害２級以上で、原則として学齢以上の者<br>２ 難病患者等であって、常時介護を要するもの                                    | ８年   | 便器本体<br>4,450 円<br>手すり付<br>5,400 円 |
|           | 頭部保護帽                                     | 平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障害を有する者、知的障害の程度が重度又は最重度の者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者                             | ３年   | 12,160 円                           |
|           | Ｔ字状・棒状のつえ                                 | 平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障害２級以上の者                                                                   | ３年   | 5,000 円                            |
|           | 移動・移乗支援用具（手すり、スロープ等）（設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。） | １ 平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障害を有する、原則として３歳以上の者（家庭内の移動等において介助を要する者に限る。）<br>２ 難病患者等であって、下肢の機能障害があるもの   | ８年   | 60,000 円                           |
|           | 特殊便器（取替に当たり住宅改修を伴うものを除く。）                 | １ 上肢機能障害２級以上で、原則として学齢以上の者<br>２ 難病患者等であって、上肢の機能障害があるもの                                      | ８年   | 151,200 円                          |

| 種目        | 品目                       | 対象者                                                                                                                                     | 耐用年数 | 基準額       |
|-----------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|
| 自立生活支援用具  | 火災警報器                    | 身体障害者手帳の等級２級以上又は知的障害の程度が重度又は最重度の者（火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に限る。）                                                             | ８年   | 15,500 円  |
|           | 自動消火器                    | １ 身体障害者手帳の等級２級以上又は知的障害の程度が重度又は最重度の者（火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に限る。）<br>２ 難病患者等であって、火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属するもの | ８年   | 28,700 円  |
|           | 電磁調理器                    | 視覚障害２級以上、又は知的障害の程度が重度又は最重度かつ１８歳以上の者（当該障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に限る。）                                                                           | ６年   | 41,000 円  |
|           | 歩行時間延長信号機用小型送信機          | 視覚障害２級以上で、原則として学齢以上の者                                                                                                                   | 10 年 | 7,000 円   |
|           | 聴覚障害者用屋内信号装置             | 聴覚障害２級以上の者（当該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に限る。）                                                                                 | 10 年 | 87,400 円  |
| 在宅療養等支援用具 | 透析液加温器                   | じん臓機能障害３級以上の者で、自己連続携行式腹膜かん流法（CAPD）による透析療法を行う、原則として３歳以上の者                                                                                | ５年   | 51,500 円  |
|           | ネブライザー（吸入器）              | １ 呼吸器機能障害３級以上又は同程度の身体障害者であって、必要と認められる、原則として学齢以上の者<br>２ 難病患者等であって、呼吸器の機能障害があるもの                                                          | ５年   | 36,000 円  |
|           | 電気式たん吸引器                 | 同上                                                                                                                                      | ５年   | 56,400 円  |
|           | 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、原則として１８歳以上の者                                                                                                          | 10 年 | 17,000 円  |
|           | 視覚障害者用体温計（音声式）           | 視覚障害２級以上で、原則として学齢以上の者（当該視覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に限る。）                                                                                       | ５年   | 9,000 円   |
|           | 視覚障害者用体重計                | 同上                                                                                                                                      | ５年   | 18,000 円  |
|           | 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | 難病患者等であって、人工呼吸器の装着が必要なもの                                                                                                                | ５年   | 157,500 円 |

| 種目          | 品目               | 対象者                                                                                                   | 耐用年数 | 基準額                                           |
|-------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
| 在宅療養等支援用具   | 発動発電機            | 1 呼吸器機能障害１級又は同程度の身体障害者であって、市長が必要であると認めるもの（在宅で常時人工呼吸器の装着が必要なものに限る。）<br>2 難病患者等であって、在宅で常時人工呼吸器の装着が必要なもの | 10 年 | 100,000 円                                     |
| 情報・意思疎通支援用具 | 携帯用会話補助装置        | 音声機能若しくは言語機能又は肢体不自由者であって、発声・発語に著しい障害を有する、原則として学齢以上の者                                                  | 5 年  | 98,800 円                                      |
|             | 情報・通信支援用具※       | 視覚障害又は上肢機能障害２級以上の者                                                                                    | 6 年  | 100,000 円                                     |
|             | 点字ディスプレイ         | 視覚障害２級以上かつ聴覚障害２級以上の者で、原則として１８歳以上の者（市長が必要と認める者に限る。）                                                    | 6 年  | 383,500 円                                     |
|             | 点字器              | 視覚障害者（就労若しくは就学している者又は就労が見込まれる者に限る。）                                                                   | 5 年  | 10,400 円                                      |
|             | 点字タイプライター        | 視覚障害２級以上の者（就労若しくは就学している者又は就労が見込まれる者に限る。）                                                              | 5 年  | 63,100 円                                      |
|             | 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、原則として学齢以上の者                                                                                 | 6 年  | 録音再生機<br>85,000 円<br>再生専用機<br>48,000 円        |
|             | 視覚障害者用活字文書読上げ装置  | 視覚障害２級以上で、原則として学齢以上の者                                                                                 | 6 年  | 99,800 円                                      |
|             | 視覚障害者用読書器        | 視覚障害者であって、本装置により文字等を読むことが可能になる、原則として学齢以上の者                                                            | 8 年  | 198,000 円                                     |
|             | 視覚障害者用時計         | 視覚障害２級以上で、原則として１８歳以上の者                                                                                | 10 年 | 14,500 円                                      |
|             | 聴覚障害者用通信装置       | 聴覚障害又は発声・発語に著しい障害を有する者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として市長が必要と認める、原則として学齢以上の者                                 | 5 年  | 71,000 円                                      |
|             | 聴覚障害者用情報受信装置     | 聴覚障害者（本装置によりテレビの視聴が可能になる者に限る。）                                                                        | 6 年  | 88,900 円                                      |
|             | 人工咽頭             | 咽頭摘出者                                                                                                 | 4 年  | 笛式<br>5,000 円<br>電動式<br>70,100 円              |
|             |                  |                                                                                                       | —    | 人工鼻<br>（常時埋込型の人工喉頭に<br>限る。）<br>月額<br>23,760 円 |

| 種目          | 品目                     | 対象者                                                                                                                                                         | 耐用年数 | 基準額                                             |
|-------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------|
| 情報・意思疎通支援用具 | 福祉電話（貸与）               | 聴覚障害者又は身体障害者手帳の等級が２級以上の者（外出困難な者に限る。）であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要性があると市長が認める世帯に限る。                                                                           | —    | —                                               |
|             | ファックス（貸与）              | 聴覚障害者又は音声機能若しくは言語機能障害３級以上の者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要性があると市長が認める世帯に限る。                                                                                    | —    | —                                               |
|             | 視覚障害者用ワイドプロセッサ（共同利用）   | 視覚障害２級以上の者（就労若しくは就学している者又は就労が見込まれる者に限る。）                                                                                                                    | —    | —                                               |
| 排泄管理支援用具    | ストマ用装具                 | ストマ造設者<br>（入院中、入所中の方も対象となります。）<br>月額上限額を超えて購入した場合は、超えた金額は、全額個人負担になります。                                                                                      | —    | 蓄便袋等<br>月額<br>8,858 円<br>蓄尿袋等<br>月額<br>11,639 円 |
|             | 紙おむつ等（紙おむつ、洗腸用具、等衛生用品） | 高度の排便若しくは排尿機能障害又は脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者であって、３歳以上の者                                                                                                              | —    | 月額<br>12,000 円                                  |
|             | 収尿器                    | 高度の排尿機能障害者                                                                                                                                                  | 1 年  | 8,500 円                                         |
|             |                        |                                                                                                                                                             |      |                                                 |
| 住宅改修費※      | 居宅生活動作補助用具（特殊便器を除く。）   | 1 原則として学齢児以上の身体障害者手帳の交付を受けたものであって、障害の程度が省令別表第５号に定める１級から３級まで（下肢又は体幹の機能障害若しく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。）に限る。）に該当するもの<br>2 難病患者等であって、下肢又は体幹の機能障害があるもの | —    | 200,000 円                                       |
|             | 居宅生活動作補助用具（特殊便器に限る。）   | 原則として学齢児以上の身体障害者手帳の交付を受けたものであって、障害の程度が省令別表第５号に定める１級又は２級（上肢の機能障害に限る。）に該当するもの                                                                                 |      |                                                 |

※情報・通信支援用具：障害者向けのパーソナルコンピュータ周辺機器や、アプリケーションソフト等

※住宅改修費：住宅改修費に係る支給は、一の住宅につき１回限りとする。

## ○日常生活用具の貸出

銚子市内に居住する身体障害者、難病等の方および銚子市内にある公の施設を利用する身体障害者、難病等の方のために貸出を行っています。

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 貸出しする種目 | ・折りたたみ式携帯用スロープ（200 cm/165 cm） |
| 貸出期間    | 30 日を標準とし、連続して 90 日を超えない範囲    |
| 窓 口     | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968      |

## ○紙おむつの給付

障害者手帳をお持ちの方や難病等の方で、居宅で介護を受けている方に対して紙おむつを給付します。

**※必ず申請前にご相談ください。**

|       |                                                                                                                                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 市内に住民登録のある、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方や難病等の方（P 75 の難病患者等対象疾患一覧表参照）で、居宅において介護を受けており、常時紙おむつを使用している <u>65 歳未満の方</u> 。<br>ただし、障害者本人及び配偶者のいずれかの市民税が課税されている場合、障害児は世帯の市民税所得割合計が 46 万円以上の場合には対象となりません。 |
| 給付枚数  | 1 か月 上限 30 枚（尿とりパッド 90 枚）                                                                                                                                                                         |
| 費 用   | 課税世帯は費用の一部が自己負担となります。                                                                                                                                                                             |
| 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、難病等の方（診断書または特定疾患医療受給者証等）                                                                                                                                                 |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                                          |

※介護保険制度の対象となる方に関しては、高齢者福祉課へご相談ください。

## 7. 障害福祉サービス、障害児サービス及び相談支援

### ○障害福祉サービス（介護給付及び訓練等給付）

障害のある人が地域で自立した生活が送れるよう、総合的な障害福祉サービスを提供します。在宅で、訪問や通所等で利用するサービスと、入所施設で行うサービスがあります。

【介護給付】：一定の障害程度区分の方に、生活上・療養上必要な介護を行います。

| サービス名            | サービス内容                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居宅介護<br>(ホームヘルプ) | <p>○障害者・児の自宅をホームヘルパーが訪問して、次のサービスを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護…食事、排せつ、着替え、入浴等の介助</li> <li>・家事援助…掃除、洗濯、調理、買い物等の援助</li> <li>・通院介助…病院等への通院介助など</li> </ul> <p>その他必要に応じ介護などについての助言・相談</p> <p>※障害支援区分 1 以上</p> |
| 重度訪問介護           | <p>○重度の肢体不自由者、知的障害者または精神障害者で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。</p> <p>※障害支援区分 4 以上で一定の要件を満たす方</p>                                                                                                              |
| 重度障害者等<br>包括支援   | <p>○介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。</p> <p>※障害支援区分 6 以上で一定の要件を満たす方</p>                                                                                                                                                      |
| 行動援護             | <p>○自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。</p> <p>※障害支援区分 3 以上の方<br/>※別途認定調査が必要になります。</p>                                                                                                                             |
| 同行援護             | <p>○視覚障害により移動に著しい困難を有する障害者（児）に対し、移動時及びそれに伴う外出先において、必要な視覚的情報の支援や移動の援護、排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助を行います。</p> <p>※身体介護を伴わない場合：アセスメント調査が必要<br/>※身体介護を伴う場合：アセスメント調査のほかに、認定調査が必要です。（障害支援区分 2 以上の方）</p>                                    |

| サービス名                      | サービス内容                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養介護                       | <p>○医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行います。</p> <p>※ALS 障害支援区分6以上<br/> ※筋ジストロフィー 障害支援区分5以上<br/> ※重症心身障害者 障害支援区分5以上</p>                                                                    |
| 生活介護                       | <p>○障害者支援施設等において、日中、入浴、排せつ、食事の介護や日常生活上の支援を行います。</p> <p>○軽作業の生活活動や創作的活動の機会を提供します。</p> <p>○これらを通じて、身体能力、日常生活能力の維持向上を目指します。</p> <p>※障害支援区分3以上<br/> ※施設入所の場合、障害支援区分4以上<br/> ※（50歳以上は区分2以上、施設入所の場合は区分3以上）</p> |
| 短期入所<br>（ショートステイ）          | <p>○自宅で介護する人が病気などの場合に、居宅において一時的に介護ができなくなった場合に障害者・児を施設で預かり、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。</p> <p>※障害支援区分1以上の方</p>                                                                                                    |
| 施設入所支援<br>（障害者支援施設での夜間ケア等） | <p>○施設において、夜間における入浴、排せつ、食事の介護や日常生活上の相談支援等を行います。</p> <p>※生活介護利用者のうち障害支援区分4以上<br/> （50歳以上は区分3以上）</p>                                                                                                       |

【訓練等給付】: 身体的または社会的なリハビリや就労につながる支援を行います

| サービス名                         | サービス内容                                                       |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 自立訓練<br>（機能訓練）<br>（生活訓練）      | ○自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。      |
| 就労移行支援                        | ○一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、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行います。        |
| 就労継続支援<br>（A型＝雇用型<br>B型＝非雇用型） | ○一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。       |
| 就労定着支援                        | ○就労移行支援等を利用して雇用された障害者で、生活面の課題が生じている場合に関係機関等との連絡調整、相談支援を行います。 |

| サービス名               | サービス内容                                                                                            |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自立生活援助              | ○施設やグループホーム等からひとり暮らしに移行した時に自立した日常生活を営むための環境整備に必要な相談援助等を行います。                                      |
| 共同生活援助<br>(グループホーム) | ○夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等及び相談や日常生活上の援助を行います。<br><br>※身体障害者については、65歳前に障害福祉サービスを利用している方に限ります。 |

#### 【地域相談支援】

| サービス名  | サービス内容                                                                                                                  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域移行支援 | ○障害者支援施設・保護施設・矯正施設等に入所または精神科病院に入院をしている障害者に対し、住居の確保や地域生活の準備、福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援、地域における生活に移行するための活動に関する相談その他支援を行います。 |
| 地域定着支援 | ○居宅で一人暮らしをしている障害者等に対する夜間を含む緊急時における連絡体制を確保し、障害の特性に応じた緊急事態等に相談その他必要な支援を行います。                                              |

## ○障害児サービス

障害のある児童が身近な地域で支援が受けられるよう、どの障害にも対応できるようにするとともに、引き続き、障害特性に応じた専門的な支援を提供します。

#### 【障害児通所支援】

| サービス名  | サービス内容                                                                                                                  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 児童発達支援 | ○児童発達支援センター等の施設に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練等を行います。<br>○肢体不自由のある児童については、引き続き、医療型で行ってきた治療（リハビリテーション）は実施可能です。 |

| サービス名           | サービス内容                                                                                              |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 放課後等<br>デイサービス  | ○学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学している障害のある児童について、授業の終了後又は休業日に児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進等を行います。 |
| 居宅訪問型<br>児童発達支援 | ○児童発達支援、放課後等デイサービス等を受けるために外出することが困難な障害のある児童について、居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練等を行います。  |
| 保育所等<br>訪問支援    | ○保育所その他の児童が集団生活を営む施設等に通う障害のある児童について、当該施設を訪問し、当該施設における障害のある児童以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援等を行います。        |

#### 【障害児入所支援】

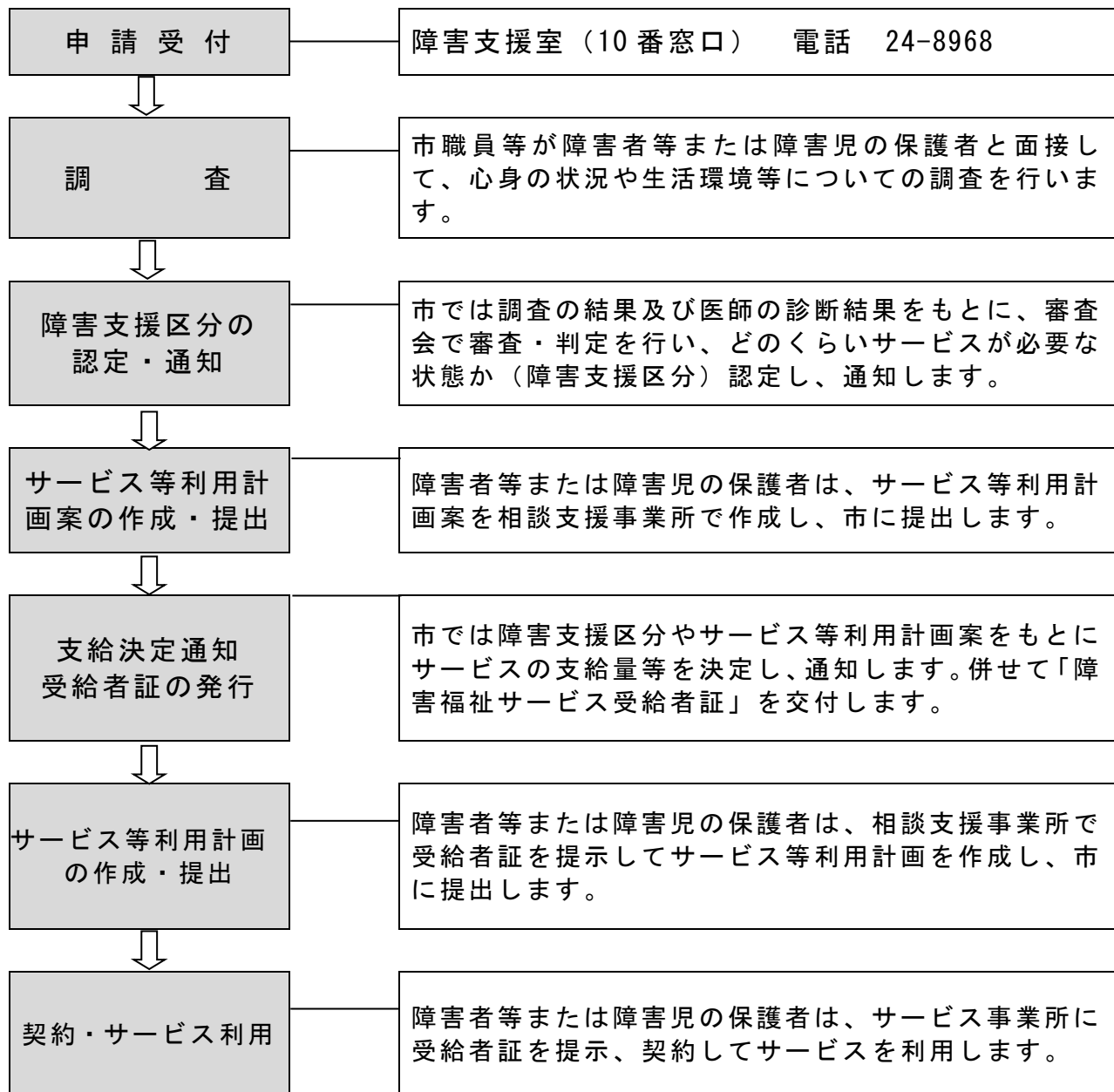
| サービス名          | サービス内容                                   |
|----------------|------------------------------------------|
| 障害児入所施設<br>福祉型 | ○障害のある児童に対し、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行います。    |
| 障害児入所施設<br>医療型 | ○障害のある児童に対し、保護、日常生活の指導、知識技能の付与及び治療を行います。 |

#### ○相談支援

| サービス名   | サービス内容                                                                                                   |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 計画相談支援  | ○障害福祉サービスや地域移行支援・地域定着支援の利用にあたり、個々のニーズや状態に応じて、必要なサービスが利用できるよう、サービスの種類やその必要量についてサービス等利用計画の作成やモニタリング等を行います。 |
| 障害児相談支援 | ○障害児通所支援の利用にあたり、個々のニーズや状態に応じて、必要なサービスが利用できるよう、サービスの種類やその必要量についてサービス等利用計画の作成やモニタリング等を行います。                |

## 【利用の手続き】

障害福祉サービス等を利用するためには事前の申請等が必要です。



※平成25年4月1日から、身体障害者、知的障害者、精神障害者の他に難病等の方（障害者総合支援法に基づく難病患者等）もサービスの対象となりました。

※申請の際には、マイナンバーカードの提示が必要です。

## 8. 地域生活支援事業

### ○地域活動支援センター

|      |                          |                                                                                                                                  |
|------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容  | I 型                      | 障害のある方を対象に、創作活動または生産活動の機会の提供および社会との交流促進等のサービスを実施します。<br>また、医療・福祉および地域の社会基盤との連携強化のための調整・地域ボランティア育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発等の事業を行います。 |
|      | II 型                     | 障害のある方を対象に、創作活動または生産活動の機会の提供および社会との交流促進等のサービスを実施します。<br>また、機能訓練・社会適応訓練・入浴等のサービスを行います。                                            |
|      | III 型                    | 障害のある方を対象に、創作活動または生産活動の機会の提供および社会との交流促進等のサービスを実施します。                                                                             |
| 利用方法 | 障害支援室、実施事業所にお問い合わせください。  |                                                                                                                                  |
| 事業所  | I 型                      | かんらん（銚子市）電話 24-7730<br>※精神障害者のための「ピアサポート相談」事業も併せて行っています。（予約制）                                                                    |
| 窓 口  | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968 |                                                                                                                                  |

### ○知的障害者職親委託事業

|     |                                                                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 知的障害者の更生援護に熱意を持っている事業経営者で希望する方を職親（職業と生活の親代わり）として登録し、知的障害者を委託して生活指導及び技能習得訓練を行います。 |
| 窓 口 | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968<br>※詳細は、お問い合わせください。                                     |

## ○移動支援サービス

|        |                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者    | <p>次の障害に該当し、社会生活上必要な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際に移動の支援が必要と認められる方</p> <p>① 身体障害者手帳（視覚障害、上肢・下肢機能障害１級）をお持ちの方</p> <p>② 療育手帳をお持ちの方</p> <p>③ 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方</p> <p>④ ①に準ずる難病等の方</p> <p>（グループホーム入居者等で、入居前に本市に居住していた方を含みます）</p> |
| サービス内容 | <p>○障害者等の方で、外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動を支援します。</p> <p>※重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者包括支援の対象者は、障害福祉サービスが優先されます。</p> <p>※原則、通勤、通年かつ長期にわたる外出への支援は対象外です。</p>                                                                      |
| 費用     | <p>費用の１割と外出に要する交通費が、原則として自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。</p>                                                                                                                                                 |
| 事業所    | <p>事業所一覧（別添 P63）を参照してください。</p>                                                                                                                                                                                       |
| 手続     | <p>下記窓口に、<b>事前</b>にご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                      |
| 窓口     | <p>障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968</p>                                                                                                                                                                                      |

## ○日中一時支援

障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等を日常的に介護している家族に対し就労支援や一時的な休息を確保します。（原則、月～金曜日の利用です）

|     |                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | <p>昼間において監護する人がいないため、一時的に見守りその他の支援を必要とすると認められる障害者等</p> <p>（グループホーム入居者等で、入居前に本市に居住していた方を含みます）</p> |
| 費用  | <p>費用の１割が原則として自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。</p>                                        |
| 事業所 | <p>事業所一覧（別添 P63）を参照してください。</p>                                                                   |
| 手続  | <p>下記窓口に、<b>事前</b>にご相談ください。</p>                                                                  |
| 窓口  | <p>障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968</p>                                                                  |

## ○訪問入浴サービス

---

自宅での入浴が困難な重度な身体障害のある方に対して、定期的に訪問して、居宅における入浴サービスを行います。

※介護保険の対象となる方は介護保険制度が優先になります。

|         |                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | ① 身体障害者手帳 1 級、2 級を所持し、寝たきり状態で常時介護を必要とする方<br>② ①に準ずる難病等の方               |
| 費用および回数 | 費用の 1 割が原則として自己負担となります。<br>ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。<br>回数：月 5 回以内 |
| 手 続     | 下記窓口へお問い合わせください。                                                       |
| 窓 口     | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                               |

## ○手話通訳者・要約筆記者の派遣

---

聴覚、音声または言語機能障害をお持ちの方や支援団体に対して、手話通訳者または要約筆記者の派遣を行います。

|       |                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ・ 市内に居住する聴覚、音声または言語機能障害のある方<br>・ 市内に主たる事務所を有する聴覚障害者等支援団体      |
| 上限時間  | ・ 1 人または 1 団体につき、1 回当たり 6 時間<br>・ 費用は無料になります。                 |
| 手 続   | ・ 事前に登録していただいたうえでご利用ください。<br>・ 派遣を希望する 7 日前までに、下記窓口へ申請してください。 |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968 （FAX 25-7502）                        |

## ○緊急通報装置の設置

在宅の障害のある方に対し、急病などの緊急事態の発生に迅速・的確に対応するため、あんしんセンターに通報できる装置を取り付けます。

|       |                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ひとり暮らしの身体障害者および身体障害者のみの世帯に属する身体障害者。<br><br>※ただし、障害者本人または配偶者（障害児の場合は世帯全員）のうち、市民税所得割の最多納税者の税額が <u>46 万円以上の場合</u> は対象となりません。 |
| 費 用   | 月額 200 円<br>※ただし、世帯の所得に応じて、負担額が変わる場合があります。                                                                                |
| 必要なもの | ・ 身体障害者手帳<br>・ 協力者承諾書（近隣者 2 名、地区担当民生委員）                                                                                   |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                  |

## ○自動車運転免許証取得費用の助成

障害のある方の自立した日常生活および社会参加を促進するため、自動車運転免許の取得に要する費用の一部を助成します。

|       |                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ① 身体障害者手帳 1 ～ 4 級をお持ちの方（18 歳以上）<br>② 療育手帳をお持ちの方（18 歳以上）<br>※障害者本人、配偶者および扶養義務者が一定の所得を超える方は助成を受けることができません。 |
| 助 成 額 | 申請者（障害者）が教習所に納入した入学金、教習料金、検定料、卒業証書発行手数料その他の費用の 3 分の 2 に相当する額とし、その額が 10 万円を超える場合は、10 万円を限度とします。           |
| 必要なもの | ・ 申請書<br>・ 運転免許取得費概算額内訳表<br>・ 運転免許適正審査合格の証明書（必要な方）<br>・ 銀行口座がわかるもの（通帳等）<br>※必ず教習所に入校する前に相談してください。        |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                 |

## ○自動車改造費用の助成

身体障害者又は難病等の方が就労等に伴い、自ら自動車を取得し、その自動車の改造（ハンドル、ブレーキ、アクセル等）に要した費用の一部を助成します。

|       |                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <p>① 身体障害者手帳 1、2 級（上肢、下肢または体幹機能障害に限る）をお持ちの方（18 歳以上）</p> <p>② 運転免許証を有している方</p> <p>※障害者本人、配偶者および扶養義務者が一定の所得を超える方は助成を受けることができません。</p> <p>※再申請の方は期間の制限もありますので、窓口でご確認ください。</p>                                                 |
| 助 成 額 | <p>限度額 10 万円</p> <p>※自動車改造に直接要した費用の額とし、その額が 10 万円を超える場合は、10 万円を限度とします。</p>                                                                                                                                                |
| 必要なもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請書</li> <li>・ 見積書</li> <li>・ 申請者の自動車運転免許証</li> <li>・ 当該自動車の自動車検査証の写し（申請者名義のものに限る）</li> <li>・ 銀行口座がわかるもの（通帳等）</li> </ul> <p>※改造に着手する前に必ず申請してください。<br/>改造後は助成できませんので、ご注意ください。</p> |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                                                                  |

## ○点字・声の広報発行事業

毎月発行する「広報ちょうし」等を点字に訳して対象者（希望者）に郵送します。

|       |                                                    |
|-------|----------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳 視覚障害者等                                     |
| 窓 口   | <p>秘書広報課 電話 24-8823</p> <p>希望する場合は、窓口でご相談ください。</p> |

## ○成年後見制度の利用支援

成年後見制度とは、知的障害や精神障害などにより物事を判断する能力が十分でない方に対して、本人の権利を守る援助者を選ぶことで、本人を法律的に守る制度です。

|                   | 法定後見制度                                                                                                                             | 任意後見制度                                                                                                                                 |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容               | <p>【判断能力が不十分になってから】<br/>家庭裁判所が選任した後見人等（後見人、保佐人、補助人）が、本人に代わって財産の管理等に伴う契約や施設への入所契約等の法律行為を行うものです。<br/>利用するためには家庭裁判所への審判の申立てが必要です。</p> | <p>【判断能力があるうちに】<br/>将来、判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約（任意後見契約）を、公正証書によって結んでおく制度です。</p> |
| 申 立 て<br>等<br>窓 口 | <p>千葉家庭裁判所八日市場支部<br/>匝瑳市八日市場イ 2 7 6 0<br/>電話 0479-72-1300</p>                                                                      | <p>銚子公証役場<br/>銚子市西芝町 3 番地の 9<br/>銚子駅前大樹ビル 2 階<br/>電話：0479-23-6071</p>                                                                  |

## ○障害者基幹相談支援センター（障害者福祉総合相談）

障害のある方が地域の中で安心して暮らせることをめざし、その障害の種類や程度に応じ生活の相談や支援を行います。

| 事業内容 | <p>○相談支援<br/>障害者等、障害児の保護者または障害者の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供および助言等を行います。</p> <p>○権利擁護<br/>・障害者等に対する虐待防止および早期発見のための関係機関との連絡調整を行い、障害者等の権利擁護のために必要な援助を行います。<br/>・障害者虐待防止センター機能として、障害者虐待に関する通報、届出の受理、障害者の保護等を行います。</p> <p>○地域の相談支援体制への支援等に関する業務<br/>地域の相談支援事業者等への助言や支援、研修等を行います。</p> |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 窓 口  | <p>障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968</p>                                                                                                                                                                                                                                             |
| 備 考  | <p>窓口、電話相談のほか、家庭訪問なども実施します。<br/>お気軽にご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                            |

## 9. 税金・公共料金の減免等

### ○自動車税、軽自動車税（環境性能割）の減免

身体障害者等の移動のために使用される自動車について一定の要件に該当する場合は、千葉県で自動車税と軽自動車税（環境性能割）の減免を行う制度です。（身体障害者1人につき1台の自動車に限られています。）

※障害者等が入院中または施設に入所している場合、減免の対象外又は下記以外の条件がある場合がありますのでご注意ください。

#### 【対象になる障害区分・等級】

（1）身体障害者手帳をお持ちの方（障害が重複されている場合は、障害ごとに判断します。）

| 障 害 の 区 分                | 障 害 の 等 級           |             |
|--------------------------|---------------------|-------------|
| 視覚障害                     | 1級から3級までの各級および4級の1※ |             |
| 聴覚障害                     | 2級および3級             |             |
| 平衡機能障害                   | 3級                  |             |
| 音声機能または言語機能障害            | 3級（喉頭摘出に係るものに限る）    |             |
| 上肢不自由                    | 1級および2級             |             |
| 下肢不自由                    | 1級から6級までの各級         |             |
| 体幹不自由                    | 1級から3級までの各級および5級    |             |
| 心臓機能障害                   | 1級、3級および4級          |             |
| じん臓機能障害                  | 1級、3級および4級          |             |
| 呼吸器機能障害                  | 1級、3級および4級          |             |
| ぼうこう・直腸・小腸機能障害           | 1級、3級および4級          |             |
| 肝臓機能障害                   | 1級から4級までの各級         |             |
| 免疫機能障害                   | 1級から3級までの各級         |             |
| 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 | 上肢機能                | 1級および2級     |
|                          | 移動機能                | 1級から6級までの各級 |

※視覚障害の4級の1は視力障害であり、4級の2は視野狭さをいいます。

※複数の障害が記載された手帳の場合、個々の障害の区分ごとに判断します。

(2) 療育手帳及び精神保健福祉手帳をお持ちの方

|          |                                                     |
|----------|-----------------------------------------------------|
| 療育手帳     | 療育手帳㊦（㊦の1、㊦の2）またはAの1                                |
|          | Aの2で、音声もしくは言語または上肢の機能障害があり身体障害者手帳3級の方<br>（重複障害のある方） |
| 精神保健福祉手帳 | 1級                                                  |

次の要件を満たす場合、自動車税・軽自動車税（環境性能割）が減免（免除）になります。

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要件   | <p>① 障害者本人が運転する場合</p> <p>② 障害者と生計を一にする方が、障害者の通学、通院、通所または生業のために運転する場合</p> <p>③ 障害者のみで構成される世帯の障害者を常時介護する方が、障害者の通学、通院、通所または生業のために運転する場合</p> <p>④ 福祉施設に入所しており、月2回以上の一時帰宅や通院等のために家族が自動車で送迎している場合</p> <p>⑤ 障害者本人および同居の家族に運転できる人がいないため、近隣地に居住している親族が障害者の所有している自動車を障害者のために運転する場合</p> <p>※④⑤の提出書類については、下記窓口（旭県税事務所銚子支所）へお問合せください。</p> <p>※事業用・リース車両の場合や、障害者本人が入院中の場合等は対象となりません。</p> <p>※自動車の所有者（納税義務者）は障害者本人または生計を一にする方に限られます。</p> <p>※減免できるのは障害者1人につき1台（自動車・軽自動車含む）のみです。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 申請期限 | 自動車税・軽自動車税（環境性能割）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自動車の登録の日から1月以内                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|      | 自動車税（種別割）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>① 3月31日以前から自動車を所有されている方<br/>➡納税通知書の納期限</p> <p>② 障害者手帳等の交付を新規に受ける方（等級変更され新たに減免対象となる方を含む。）<br/>➡障害者手帳等の新規交付日（等級変更により新たに減免対象となった日を含む。）から1月以内</p> <p>③ 自動車を新規に取得し、初めて減免を受ける方<br/>➡自動車の新規登録から1月以内</p> <p>④ 今まで減免を受けていた自動車（前減免車）から別の自動車（申請車）へ乗り換えされる方<br/>➡乗り換えした自動車の新規登録日または減免を受けていた自動車の抹消登録日のいずれか遅い日から1月以内</p> <p>※期限を過ぎて申請があった場合、申請日の翌年度から減免となります。</p> |

|       | 自動車の所有者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自動車の運転者              | 提出書類                   |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|
|       | 障害者本人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 障害者本人                | ①②③④⑧                  |
|       | 障害者本人または<br>生計を一にする方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 障害者本人または<br>生計を一にする方 | ①②③④⑤⑧<br>(⑤の代わりに⑥でも可) |
|       | 障害者本人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 常時介護者                | ①②③④⑦⑧                 |
| 必要な書類 | <p>① 身体障害者手帳等…対象となる手帳（原本の提示）</p> <p>② 自動車検査証記録事項が記載された書類<br/>…住所および使用の本拠の位置が住民票と同じであること。</p> <p>③ 運転免許証(写)又はマイナ免許証（マイナ免許証から出力した免許画像を印刷した書類）…記載の住所が住民票と同じであること。（裏面記載がある場合は裏面も必要）</p> <p>④ 印鑑…納税義務者のもの（朱肉を使うもの）</p> <p>⑤ 自動車税等に係る生計同一証明書（住民票ではありません）<br/>証明機関 身体障害者手帳・療育手帳→障害支援室（①②③をお持ち下さい）<br/>精神障害者保健福祉手帳 →海匠健康福祉センター 電話 22-0206<br/>※証明書の発行にあたっては、証明機関に必要な手続きをお問合せ下さい。</p> <p>⑥ 使用目的を証する書類…通院証明書、通学証明書・通勤証明書、帰宅証明書、その他専ら障害者本人の移動のために使用されていることが確認できる書面</p> <p>⑦ 自動車税等に係る常時介護証明書…証明機関は⑤と同じ機関です。</p> <p>⑧ すでに減免を受けている（受けていた）自動車がある場合<br/>・名義変更した場合…名義変更後の自動車検査証記録事項が記載された書類<br/>・抹消登録した場合…抹消登録の証明書（登録識別情報等通知書（写）等）<br/>※世帯全員の住民票の提出が必要になる場合があります。</p> |                      |                        |
| 窓口    | <p>旭県税事務所 電話 0479-62-0772</p> <p>旭県税事務所 銚子支所 電話 0479-22-5907</p> <p>※詳細は上記窓口にお問い合わせしてください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                        |

## ○軽自動車税(種別割)の減免

次の要件を満たす場合、軽自動車税(種別割)が減免になります。

対象となる障害区分・等級は自動車税(種別割)に準じます。

|       |                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要 件   | <p>障害者本人または生計を一にする方が所有者(納税義務者)の軽自動車<br/>で、</p> <p>①障害者本人が運転する場合</p> <p>②障害者と生計を一にする方が、障害者の通学、通院、通所または生業<br/>のために運転する場合</p> <p>③障害者のみで構成される世帯の障害者を常時介護する方が、障害者の<br/>通学、通院、通所または生業のために運転する場合</p> <p>※リース車両は対象となりません。</p> |
| 必要なもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳等</li> <li>・運転免許証(写)</li> <li>・自動車検査証記録事項(写)</li> </ul> <p>※ 申請期限は軽自動車税(種別割)の納期限までになります。</p> <p>※ 減免を受けるには、<u>毎年度申請が必要です。</u></p>                                       |
| 窓 口   | 税務課 課税室(7番窓口) 電話 24-8953                                                                                                                                                                                               |
| 備 考   | <p>減免できる自動車は障害者1人につき1台のみです</p> <p><u>自動車税(種別割)と軽自動車税(種別割)の減免の両方を申請することは<br/>できません。</u></p> <p>※詳細は上記窓口へお問合せください。</p>                                                                                                   |

## ○所得税・市県民税の障害者控除

|                |                                                                                                                   |                                                                                                                                     |                    |                    |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| 種 類            | <p>① 障害者控除<br/>本人または同一生計配偶者又は扶養親族に障害がある場合、所得から障害者控除を差し引くことができます。</p>                                              |                                                                                                                                     |                    |                    |
|                | 名 称                                                                                                               | 対 象 者                                                                                                                               | 所 得 税              | 市 県 民 税            |
|                | 障害者控除                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳 3～6 級</li> <li>・療育手帳 B の 1、B の 2</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳 2、3 級</li> </ul>             | 1 人 当 たり<br>27 万 円 | 1 人 当 たり<br>26 万 円 |
|                | 特別障害者控除                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳 1、2 級</li> <li>・療育手帳 ㊤、㊤ の 1、㊤ の 2、A の 1、A の 2</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳 1 級</li> </ul> | 1 人 当 たり<br>40 万 円 | 1 人 当 たり<br>30 万 円 |
| 手 続            | 同居特別障害者控除                                                                                                         | 同 一 生 計 配 偶 者 又 は 扶 養 親 族 が 特 別 障 害 者 で、か つ 同 居 を 常 況 と し て い る 場 合                                                                 | 1 人 当 たり<br>75 万 円 | 1 人 当 たり<br>53 万 円 |
|                | <p>確定申告（市県民税の申告）時に、対象者の障害者手帳を提示してください。<br/>作成済みの申告書を提出する場合、確定申告書第二表または市県民税申告書に、所定の事項を記載してください。</p>                |                                                                                                                                     |                    |                    |
| 窓 口<br>(問 合 せ) | <p>※ 所得税について<br/>銚子税務署 電話 22-1571<br/>※ 市県民税について<br/>税務課課税室 (7 番窓口) 電話 24-8951<br/>※ 給与所得者は勤務先の給与担当者にご相談ください。</p> |                                                                                                                                     |                    |                    |

## ○所得税・市県民税のその他控除

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 種 類           | <p>①心身障害者扶養年金掛金<br/>掛金額は小規模企業共済等掛金控除となります。</p> <p>②ストマ用装具の購入費用<br/>人工肛門または尿路変更等のストマを持つ方が、ストマケアに係る治療を受けている場合、購入費用のうち自己負担額が医療費控除の対象となります。<br/>※ただし、医師が発行するストマ用装具使用証明書（用紙は市役所税務課にあります）の添付が必要です。</p> <p>③成人用おむつの購入費用<br/>治療を継続的に行っている医師が、その治療上おむつが必要であると認めた場合、おむつの購入費が医療費控除の対象となります。<br/>※ただし、医師が発行するおむつ使用証明書（用紙は市役所税務課にあります）または高齢者福祉課で交付するおむつに係る費用の医療費控除証明書の添付が必要です。</p> |
| 手 続           | <p>原則として、確定申告（市県民税の申告）時に、必要書類を添付または提示してください。<br/>※給与所得者の場合、①は年末調整で手続きできます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 必要なもの         | <p>①扶養年金掛金の領収書<br/>②ストマ用装具購入に係る領収書、ストマ用装具使用証明書<br/>③おむつ購入に係る領収書、おむつ使用証明書またはおむつに係る費用の医療費控除証明書</p>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 窓 口<br>(問合わせ) | <p>※所得税について<br/>銚子税務署 電話 22-1571</p> <p>※市県民税について<br/>税務課 課税室 (7番窓口) 電話 24-8951</p> <p>※給与所得者は勤務先の給与担当者にご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                  |

## ○市県民税・森林環境税の非課税

本人が障害者の場合、前年の所得が135万円までは非課税になります。

|     |                            |
|-----|----------------------------|
| 手 続 | 申告の際に障害者手帳の提示をすることで受けられます。 |
| 窓 口 | 税務課 課税室（7番窓口） 電話 24-8951   |

## ○相続税の障害者控除

相続人が 85 歳未満で障害者の場合、障害者控除の適用を受けることができます。

| 名称      | 対象者                                                                                                                              | 控除額                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 障害者控除   | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 3 ～ 6 級</li> <li>療育手帳 B の 1、B の 2</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 2、3 級</li> </ul>           | (85 歳—障害者の年齢) × 10 万円を相続税から控除されます。 |
| 特別障害者控除 | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 1、2 級</li> <li>療育手帳 A、A の 1、A の 2、A の 1、A の 2</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 1 級</li> </ul> | (85 歳—障害者の年齢) × 20 万円を相続税から控除されます。 |
| 窓 口     | <ul style="list-style-type: none"> <li>被相続人(死亡した方)の住所を管轄する税務署</li> <li>銚子税務署 電話 22-1571</li> </ul> <p>※詳しくは上記窓口にお問い合わせください。</p>  |                                    |

## ○贈与税の非課税

特定障害者扶養信託契約に基づいて信託受益権を贈与により取得した場合、信託受益権の価額に対する贈与税が非課税になります。

| 対 象 者 (特定障害者) |                                                                                                                                  | 非課税対象限度額           |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 特別障害者         | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 1、2 級</li> <li>療育手帳 A、A の 1、A の 2、A の 1、A の 2</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 1 級</li> </ul> | 信託財産 6, 0 0 0 万円まで |
| 特別障害者以外の特定障害者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>療育手帳 B の 1、B の 2</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 2、3 級</li> </ul>                                    | 信託財産 3, 0 0 0 万円まで |
| 窓 口           | <p>手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>信託会社、信託業務を営む金融機関</li> </ul> <p>※詳しくは、銚子税務署 電話 22-1571 にお問い合わせください。</p>         |                    |

## ○利子等の非課税

預貯金や国債等の元本又は額面 350 万円までの利子に対して非課税になる制度を利用できます。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳をお持ちの方</li> <li>・ 療育手帳をお持ちの方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方</li> <li>・ 障害年金受給者等</li> </ul> <p>※次の手当受給者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当受給、心身障害者福祉手当、児童扶養手当</li> </ul> |
| 内 容   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 少額預金非課税（マル優）</li> <li>・ 少額公債非課税（特別マル優）</li> </ul> <p>※それぞれ 350 万円まで</p>                                                                                                                                         |
| 窓 口   | 郵便局、銀行等、各金融機関                                                                                                                                                                                                                                            |

## ○NHK放送受信料の減免

次の場合、NHK放送受信料が減免（全額免除または半額免除）になります。

| 内容<br>及び<br>対象者 | 全 額 免 除                                                                                                              | 半 額 免 除                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | 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持っている方のいる世帯で、かつ世帯構成員全員が市民税非課税の場合                                                       | <p>世帯主が下記のいずれかの手帳を持ち、かつ受信契約者の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 視覚または聴覚の身体障害者手帳</li> <li>・ 身体障害者手帳 1 級または 2 級</li> <li>・ 療育手帳㊤、㊤の 1、㊤の 2、A の 1、A の 2</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳 1 級</li> </ul> |
| 問 合 わ せ         | <p>N H K 千 葉 放 送 局                      電 話    043-203-0700</p> <p>障 害 支 援 室（10 番 窓 口）            電 話    24-8968</p> |                                                                                                                                                                                                         |

## ○ N T T 東日本ふれあい案内（無料番号案内）

104 番への電話番号の問い合わせを無料で利用できます。  
事前の届け出が必要になります。

|       |                                                                                                                                        |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 次のいずれかの手帳をお持ちの方<br>・ 身体障害者手帳（視覚障害 1 ～ 6 級、上肢・体幹・脳原性運動機能障害 1 ・ 2 級、聴覚障害 2 ～ 4 級・ 6 級、音声・言語・そしゃく機能障害 3 ・ 4 級）<br>・ 療育手帳<br>・ 精神障害者保健福祉手帳 |
| 必要なもの | 身体障害者手帳等                                                                                                                               |
| 問合わせ  | フリーダイヤル 0120-104-174<br>受付時間 平日 9 時～ 1 7 時                                                                                             |

## ○ 携帯電話の障害者割引

障害者本人名義の携帯電話で、障害者割引サービスが受けられます。

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 次のいずれかの手帳をお持ちの方 ※ 1 人 1 回線のみ<br>・ 身体障害者手帳<br>・ 療育手帳<br>・ 精神障害者保健福祉手帳 |
| 内 容 | 携帯会社では障害者向けの各種割引を行っています。<br>割引の内容や申込手続きについては、携帯電話会社ごとに異なります。         |
| 窓 口 | 各携帯電話会社の取扱販売店の窓口で確認してください。                                           |

## ○ 郵便料金の免除

盲人用点字郵便および盲人福祉施設から発送される盲人用録音物の郵送料は無料になります。

|      |       |
|------|-------|
| 問合わせ | 郵便局窓口 |
|------|-------|

## ○はがきの無料配布（青い鳥郵便）

郵便局で、障害者の福祉に対する理解と認識を深めるため、青い鳥をデザインした封筒に郵便はがき（お１人につき 20 枚）を入れて配布しています。

受付期間：毎年 4 月 1 日から 5 月末日まで

|     |                                                                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 身体障害者手帳 1・2 級をお持ちの方</li><li>・ 療育手帳㊤、㊤の 1、㊤の 2、A の 1、A の 2 をお持ちの方</li></ul>  |
| 手 続 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 毎年 4 月～5 月に申請が必要です。お近くの郵便局に手帳を持参し申請してください。</li><li>・ 後日自宅に配送されます。</li></ul> |
| 窓 口 | 各郵便局窓口<br>日本郵便(株) お客様サービス相談センター 電話 0120-23-2886                                                                     |

## 10. 各種割引

### ○障害者有料道路通行料金の割引

身体障害者手帳または療育手帳をお持ちの方が有料道路を利用する場合、通行料金が割引になります。事前に割引申請が必要です。

(ETC 利用する方は、車両の登録と ETC 利用申請が必要。)

|         |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |
|---------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 対象者     | 第2種身体障害者                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障害者本人運転のみ割引                      |
|         | 第1種身体障害者<br>第1種知的障害者             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障害者本人が運転<br>介護者が運転する場合(障害者本人は乗車) |
| 案 内     |                                  | <p>※登録できる車両の車種や所有者についても要件がありますので、詳細はお問い合わせください。</p> <p>※対象外の自動車<br/>・車検証に「事業用」と記載されている車両</p> <p>※割引には有効期間があります。更新申請は有効期限の2か月前から有効期限前日まで行うことができます。</p> <p>※住所、車、ETCカード等に変更があったときは、改めて手続きが必要となります。</p>                                                                                                                                  |                                  |
| 割 引 率   |                                  | 通常料金の5割                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |
| 手続・事前申請 | 自動車を登録する場合<br>・ETC 利用<br>・1台のみ利用 | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳又は療育手帳</li> <li>免許証(障害者本人が運転する場合)<br/>(免許情報が記録されたマイナンバーカードの提示も可)</li> <li>自動車検査証と自動車検査証記録事項<br/>(車両番号・所有者・使用者がわかるもの)</li> </ul> <p>ETC 利用する方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>障害者本人名義の ETC カード<br/>(ただし、障害者が18歳未満の場合は保護者名義のものでも可)</li> <li>ETC 車載器セットアップ申込書または証明書等</li> </ul> |                                  |
|         | 自動車を登録しない場合                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳又は療育手帳</li> <li>免許証(障害者本人が運転する場合)<br/>(免許情報が記録されたマイナンバーカードの提示も可)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |                                  |
|         |                                  | <p>オンライン申請受付サイト(新規・変更・更新)</p> <p><a href="https://www.expressway-discount.jp">https://www.expressway-discount.jp</a></p>                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| 窓 口     |                                  | <p>障害支援室(10番窓口) 電話 24-8968</p> <p>有料道路 ETC 割引登録係 電話 045-477-1233 (ETC 利用者)</p>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |

## ○福祉タクシー券の交付

通院、会合等のためタクシーを利用する場合の費用を助成します。

|       |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳 1 ～ 3 級（3 級は、視覚、下肢、体幹機能障害のいずれかの方に限ります）をお持ちの方</li> <li>・ 療育手帳 A の 2 以上の方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳 1 級をお持ちの方</li> </ul> <p>※対象者本人および配偶者（障害児の場合は世帯全員）の市民税所得割の合計額が 46 万円以上の場合は対象となりません。</p> |
| 交付枚数  | 400 円の利用券を、1 か月あたり 4 枚。<br>人工透析治療を受けているじん臓機能障害の人は、1 か月あたり 16 枚。                                                                                                                                                                        |
| 助 成 額 | 利用券は 1 回の乗車につき、1,600 円まで複数枚使用できます。<br>「タクシー料金の割引」と併用できます。<br>※利用券は、譲渡、再交付はできません。                                                                                                                                                       |
| 必要な物  | 手帳                                                                                                                                                                                                                                     |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968                                                                                                                                                                                                               |

## ≪銚子市福祉タクシー指定業者一覧≫

| 事 業 所 名              | 住 所                              | 電話番号          |
|----------------------|----------------------------------|---------------|
| 大丸タクシー株式会社           | 銚子市新生町 2 - 1 2 - 2 7             | 0479-22-0050  |
| 平和タクシー株式会社           | 銚子市明神町 1 - 1 8 2                 | 0479-22-0190  |
| ミナト・ミタカタタクシー株式会社     | 銚子市川口町 2 - 6 3 8 5 - 4 4         | 0479-22-6550  |
| アステル交通株式会社           | 銚子市春日町 1 0 5                     | 0479-22-0717  |
| アステルサポート株式会社         | 銚子市春日町 1 0 5                     | 0479-21-3740  |
| 有限会社ミナト交通            | 銚子市川口町 2 - 6 3 8 5 - 4 4         | 0479-22-2300  |
| 有限会社ウエスト             | 銚子市西小川町 6 8 - 2                  | 0479-25-8410  |
| 株式会社きずな              | 銚子市小浜町 2 0 5 2                   | 0479-20-8200  |
| 有限会社<br>弘誠会看護婦家政婦紹介所 | 銚子市末広町 6 - 1 5                   | 0479-22-0588  |
| N P O 法人コアラ銚子        | 銚子市松本町 1 - 1 1 - 1               | 050-7508-0739 |
| 福祉タクシーちゃお            | 銚子市上野町 2 1 3 - 1<br>さざんかビレッジ A 棟 | 0479-21-7508  |
| 介護サービスメロディー          | 銚子市双葉町 6 - 1 6 小林ビル 2 F          | 0479-26-3321  |
| シグナス銀河               | 銚子市黒生町 7 2 4 9 - 1 1             | 0479-22-2527  |

## ○タクシー料金の割引

身体障害者手帳または療育手帳をお持ちの方がタクシーを利用する場合、料金が１割引になります。この制度は、全国の都道府県で利用できます。

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳または療育手帳をお持ちの方      |
| 割 引 率 | １ 割                       |
| 利用方法  | 料金をお支払いのときに手帳を提示してください。   |
| 窓 口   | 千葉県タクシー協会 電話 043-307-7002 |

## ○ＪＲ旅客運賃の割引

身体障害者手帳または療育手帳をお持ちの方がＪＲを利用する場合、運賃が割引になります。

|       |                                          |
|-------|------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳または療育手帳または精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方 ※下表参照 |
| 割 引 率 | ５ 割                                      |
| 利用方法  | ＪＲ各駅の乗車券販売窓口到手帳を提示してください                 |
| 窓 口   | ＪＲ各駅窓口<br>ＪＲ東日本テレホンセンター 電話 050-2016-1600 |

### 【割引の範囲】

| 区 分                    | 割引乗車券の種類                                                                                                   | 取扱区間             |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 第１種障害者とその介護者※          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普通乗車券</li> <li>・ 定期乗車券</li> <li>・ 回数乗車券</li> <li>・ 急行券</li> </ul> | 全線               |
| 第１種、第２種障害者が単独でご利用になる場合 | 普通乗車券                                                                                                      | 片道 100 km を超えるもの |
| 12 歳未満の障害児とその介護者       | 定期乗車券                                                                                                      |                  |

※ 障害者と介護者がご利用になる場合は、同一区間、同一期間、同時購入および同一行動が条件となります。介護者は障害者１名に対して１名です。

## ○民間バス運賃の割引

路線バス（高速バスを含む）を利用する場合、運賃が割引になります。

| 対象者・利用方法・窓口                                |
|--------------------------------------------|
| 対象者、利用方法、割引額等、制度の詳細については、各バス会社へお問い合わせください。 |

## ○国内航空運賃の割引

航空旅客運賃の割引制度が精神障害者に対して適用されるとともに、満12歳以上の身体障害者及び知的障害者に対する割引についても、障害の程度に関わらず手帳を提示できる者全員に対して、介護者1名まで割引を適用することになりました。

| 区 分       | 割引対象者                | 利用方法・窓口                                |
|-----------|----------------------|----------------------------------------|
| 身 体 障 害 者 | 本人・介護者<br>(満12歳以上の者) | 手続き方法や割引額等、制度の詳細については、各航空会社へお問い合わせください |
| 知 的 障 害 者 |                      |                                        |
| 精 神 障 害 者 |                      |                                        |

## 11. その他の福祉サービス

### ○投票に関する制度

選挙の際、「郵便等投票証明書」の交付を受ければ、自宅で郵便等による投票をすることができます。

#### 【郵便等による不在者投票】

|     |                                                                                                                                                                |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | ○身体障害者手帳に両下肢、体幹、移動機能の障害の程度が1級または2級である者として記載されている方<br>○身体障害者手帳に心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の障害の程度が1級または3級である者として記載されている方<br>○身体障害者手帳に免疫、肝臓の障害の程度が1級から3級である者として記載されている方 |
| 手続  | ○あらかじめ選挙管理委員会から「郵便等投票証明書」の交付を受けておかなければなりません。障害者手帳を添付のうえ、選挙管理委員会へ申請してください。<br>○なお、「郵便等投票証明書」の有効期間は7年間です。                                                        |
| 窓口  | 選挙管理委員会 24-8740                                                                                                                                                |

#### 【代理記載制度】

「郵便等投票証明書」をお持ちの方で、上肢または視覚障害の1級の身体障害者手帳をお持ちの方は、選挙管理委員会に届け出た代理記載人による投票ができます。

### ○生活福祉資金の貸付

障害者世帯等に対し、その経済的自立と生活向上を図るための資金の貸付を行います。

|      |                                           |                        |
|------|-------------------------------------------|------------------------|
| 資金種類 | ・総合支援資金<br>・福祉資金                          | ・教育支援資金<br>・不動産担保型生活資金 |
| 窓口   | 銚子市社会福祉協議会 電話 24-8189<br>※詳細は、お問い合わせください。 |                        |

### ○社会福祉活動機器の貸出

障害者団体等に対し、社会福祉活動機器を貸し出します。

|    |                                   |              |
|----|-----------------------------------|--------------|
| 種類 | ・カローリング 6色2セット<br>・携帯型磁気ループシステム一式 | ・ブラインドボール 5個 |
| 窓口 | 障害支援室（10番窓口） 電話 24-8968           |              |

## ○障害者グループホーム等家賃補助

|       |                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容   | グループホーム等に入居している障害者に対して、家賃負担の一部を助成します。                                            |
| 対 象 者 | 市に住民登録のある障害者またはグループホームに入居する前に市に住民登録のあった障害者で、市民税の非課税世帯<br>※生活保護を受給している方は対象となりません。 |
| 助 成 額 | 1 か月分の家賃額の 1/2（上限月額 25,000 円）                                                    |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968<br>※詳細は、お問い合わせください。                                     |

## ○家具転倒防止器具等取付費補助

障害者の居宅の安全を図るため、家具の転倒防止器具費用と取り付け費用を助成します。

|       |                                                  |
|-------|--------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳（1～2 級）・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳（1 級）の所持者のみの非課税世帯 |
| 助 成 額 | 上限 10,000 円<br>（転居、建て替えをした場合を除き 1 世帯 1 回）        |
| 窓 口   | 障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968<br>※詳細は、お問い合わせください。     |

## ○NET 119 緊急通報システム

|       |                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容   | 音声による 119 番通報が困難な聴覚または音声・言語機能障害者が円滑に消防への通報が行えるようにするシステムです。<br>画面をタップしていく簡単な操作で「火事」や「救急」といった情報や通報場所を伝えることができます。 |
| 対 象 者 | 銚子市に在住または通勤通学されている聴覚または音声・言語機能障害者。利用するためには事前登録が必要です。                                                           |
| 窓 口   | 銚子市消防署 通信情報班 電話 22-0119 FAX 23-0119<br>障害支援室（10 番窓口） 電話 24-8968 FAX 25-7502<br>※詳細は、お問い合わせください。                |

## ○駐車禁止除外措置

障害者が車を利用するとき、公安委員会交付の標章を提示することにより、駐車禁止区域でも、やむを得ない場合はほかの交通の妨げにならない限り、駐車することができます。

|       |                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 次のいずれかの手帳をお持ちの方で、 <u>公安委員会が必要と認めた方</u><br>・身体障害者手帳<br>・療育手帳<br>・精神障害者保健福祉手帳<br>※手帳の種類や等級・程度については範囲が定められています。 |
| 窓 口   | 銚子警察署交通課 電話 23-0110 ※詳細はお問い合わせください。                                                                          |

## ○障害者等用駐車区画利用証の交付

公共施設や商業施設などに設置されている「障害者等用駐車区画」の利用証を交付します。

|       |                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 次のいずれかの手帳をお持ちの方又は難病等の方で、当該区画の利用を必要とする方<br>・身体障害者手帳<br>・療育手帳<br>・精神障害者保健福祉手帳<br>※手帳の種類や等級・程度については範囲が定められています。 |
| 窓 口   | 障害支援室（10番窓口）電話 24-8968 ※詳細はお問い合わせください。                                                                       |

## ○福祉カーの貸出

障害者や高齢者などが、積極的に外出できるよう銚子市福祉カーを貸し出します。

|       |                                                                     |
|-------|---------------------------------------------------------------------|
| 福祉カー  | 車いすや寝台に乗ったまま乗り降りできるリフト付きワゴン車です。                                     |
| 対 象 者 | 本市に住所を有する<br>・心身障害者（身体障害者手帳又は療育手帳をお持ちの方）<br>・高齢者（おおむね65歳以上の方）及びその家族 |
| 貸付期間  | 原則として3日以内                                                           |
| 費 用   | 貸出料金は無料。ただし、ガソリン代は利用者の実費負担                                          |
| 運 転 者 | 利用者側で手配                                                             |
| 必要なもの | 運転者の免許証                                                             |
| 窓 口   | 障害支援室（10番窓口） 電話 24-8968                                             |

## ○オストメイト対応トイレ設置施設

「オストメイト対応トイレ」とは、排せつ物の処理、腹部の  
ストマ周辺皮膚や装具の洗浄などができるトイレです。

市内には次の施設に設置されています。



| 名 称                       | 住 所             | 電 話 番 号      |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| 絶景の宿 犬吠埼ホテル               | 銚子市犬吠埼 9574-1   | 0479-22-8111 |
| 犬吠埼園地公衆トイレ                | 銚子市犬吠埼 9578-45  |              |
| 外川漁港内公衆便所                 | 銚子市外川町 5-1      |              |
| 銚子市市民センター                 | 銚子市小畑新町 7756    | 0479-22-0340 |
| 地球の丸く見える丘展望館              | 銚子市天王台 1421-1   | 0479-25-0930 |
| J R 銚子駅                   | 銚子市西芝町 1-1438   | 0479-22-0073 |
| 銚子市保健福祉センター<br>すこやかなまなびの城 | 銚子市若宮町 4-8      | 0479-24-8070 |
| 銚子市役所                     | 銚子市若宮町 1-1      | 0479-24-8181 |
| 医療法人積仁会 島田総合病院            | 銚子市東町 5-3       | 0479-22-5401 |
| イオンモール銚子                  | 銚子市三崎町 2-2660-1 | 0479-20-0400 |
| カインズホーム銚子店                | 銚子市芦崎町 810      | 0479-30-2000 |
| 河岸公園トイレ                   | 銚子市中央町 3 番地の 1  | 0479-24-8945 |
| 銚子市公正図書館                  | 銚子市新生町 2-1-5    | 0479-25-3069 |
| 銚子市消防本部                   | 銚子市唐子町 371-2    | 0479-22-0119 |
| 銚子市消防署 東部分署               | 銚子市小畑町 7334-1   | 0479-25-2883 |
| 銚子信用金庫 本店                 | 銚子市双葉町 5-5      | 0479-25-2111 |
| 銚子信用金庫 清川町支店              | 銚子市清川町 4-4-6    | 0479-23-6111 |
| 銚子信用金庫 松岸支店               | 銚子市垣根町 1-283    | 0479-22-3490 |
| 銚子信用金庫 橋本支店               | 銚子市明神町 1-74     | 0479-22-8786 |
| 銚子商工信用組合 本店               | 銚子市東芝町 1-19     | 0479-22-5300 |

※ちばバリアフリーマップでは、オストメイト対応トイレ情報など  
県内の様々な施設のバリアフリー情報が検索できます。

<http://www.pref.chiba.lg.jp/pbbfmap/>

## 12. 困ったときの相談窓口

| 相談内容                                           |               | 相談窓口                                      | 住 所               | 電 話                |
|------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 障害者の総合的な相談<br>(障害者等の権利擁護、障害者虐待など)              |               | 障害者基幹相談支援センター<br>(市役所 社会福祉課障害支援室内)        | 銚子市若宮町 1-1        | 24-8968            |
| 児童・子育てについての相談                                  |               | 千葉県銚子児童相談所                                | 銚子市台町 2183        | 23-0076            |
|                                                |               | 子育て世代包括支援センター<br>「すくサポ」<br>(銚子市保健福祉センター内) | 銚子市若宮町 4-8        | 26-3777            |
| 健 康 相 談                                        |               | 市役所 健康づくり課<br>(銚子市保健福祉センター内)              | 銚子市若宮町 4-8        | 24-8070            |
| 就 学 相 談                                        |               | 市役所 学校教育課                                 | 銚子市若宮町 1-1        | 24-8197            |
| 年金について                                         |               | 市役所 市民課 保険年金室                             | 銚子市若宮町 1-1        | 24-8956            |
|                                                |               | 日本年金機構 佐原年金事務所                            | 香取市佐原口の<br>2116-1 | (0478)<br>54-1442  |
| 税金について                                         | 市県民税<br>軽自動車税 | 市役所 税務課 課税室                               | 銚子市若宮町 1-1        | 24-8951<br>24-8953 |
|                                                | 所得税           | 銚子税務署                                     | 銚子市栄町 2-1         | 22-1571            |
|                                                | 自動車税          | 旭県税事務所銚子支所                                | 銚子市清川町<br>1-6-12  | 22-5907            |
| 難病、精神障害、障害者差別について                              |               | 海匠健康福祉センター<br>(海匠保健所)                     | 銚子市清川町<br>1-6-12  | 22-0206            |
| 就業について                                         |               | ハローワーク銚子<br>(公共職業安定所)                     | 銚子市中央町<br>8-16    | 22-7406            |
| 生活資金等の貸付制度について                                 |               | 銚子市社会福祉協議会<br>(銚子市保健福祉センター内)              | 銚子市若宮町 4-8        | 24-8189            |
| 人権・行政相談                                        |               | 市役所 市民相談センター<br>(原則・毎月第2水曜日<br>13時～16時)   | 銚子市若宮町 1-1        | 24-8734            |
| 【人権】不当な差別、嫌がらせ等に関する相談<br>【行政】国の行政に対する意見・要望等の受付 |               |                                           |                   |                    |

|                                        |                                                                               |                    |                     |                   |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| 銚子市身体障害者相談員                            |                                                                               | こうご ふみお<br>向後 文雄   | 銚子市松岸町              | 25-1329           |
|                                        |                                                                               | かまや ふじお<br>釜谷 藤男   | 銚子市東小川町             | 24-3366<br>(FAX)  |
| 銚子市知的障害者相談員                            |                                                                               | みかわ ちえ<br>三河 千恵    | 銚子市清水町              | 22-0745           |
|                                        |                                                                               | さぬき たかし<br>佐貫 隆    | 銚子市海鹿島町             | 090-7406<br>-1771 |
|                                        |                                                                               | かつうら ひでお<br>勝浦 秀夫  | 銚子市台町               | 080-5469<br>-7137 |
| 「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」に基づく地域相談員 | そ の 他<br>(精神障害)                                                               | いしがみ りみこ<br>石上 るみ子 | 銚子市西芝町<br>13-7 (職場) | 22-7300           |
|                                        |                                                                               | たむら としかず<br>田村 敏一  | 銚子市三崎町<br>3-82 (職場) | 23-9012           |
| 福祉と暮らしの何でも相談                           | 中核地域生活支援センター<br>海匠ネットワーク<br>(365日・24時間受付)<br>サテライト 市民相談センター<br>第2・4(火)10時～16時 |                    | 旭市口の838             | (0479)<br>60-2578 |

## ○障害福祉事業所一覧

### 居宅介護支援

| 事業所名                    | 郵便番号     | 住 所                      | 電話番号         |
|-------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| ミナト介護サービス               | 288-0001 | 銚子市川口町2-6385-44          | 0479-22-2300 |
| 楽天堂ホームケア銚子              | 288-0031 | 銚子市前宿町741-2              | 0479-30-3750 |
| ニチケアセンター銚子              | 288-0045 | 銚子市三軒町19-4<br>銚子商工会議所内4階 | 0479-20-4730 |
| 障がい者サービス さんきゅう          | 288-0805 | 銚子市上野町215                | 0479-24-3887 |
| かすが苑身体障害者<br>ホームヘルパー事業部 | 288-0814 | 銚子市春日町1947-3             | 0479-20-0880 |
| アステルサポート株式会社            | 288-0814 | 銚子市春日町105                | 0479-21-3740 |
| 介護サービス ハートフル            | 288-0041 | 銚子市中央町5-10               | 0479-21-3334 |
| 介護サービス マリンピア銚子          | 288-0014 | 銚子市外川町4-11229            | 0479-26-3033 |
| 有限会社弘誠会看護婦家政婦紹介所        | 288-0042 | 銚子市末広町6-15               | 0479-22-0588 |
| 介護サービス メロディー            | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F        | 0479-26-3321 |

### 重度訪問介護支援

| 事業所名                    | 郵便番号     | 住 所                      | 電話番号         |
|-------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| ミナト介護サービス               | 288-0001 | 銚子市川口町2-6385-44          | 0479-22-2300 |
| 楽天堂ホームケア銚子              | 288-0031 | 銚子市前宿町741-2              | 0479-30-3750 |
| ニチケアセンター銚子              | 288-0045 | 銚子市三軒町19-4<br>銚子商工会議所内4階 | 0479-20-4730 |
| 障がい者サービス さんきゅう          | 288-0805 | 銚子市上野町215                | 0479-24-3887 |
| かすが苑身体障害者<br>ホームヘルパー事業部 | 288-0814 | 銚子市春日町1947-3             | 0479-20-0880 |
| アステルサポート株式会社            | 288-0814 | 銚子市春日町105                | 0479-21-3740 |
| 介護サービス ハートフル            | 288-0041 | 銚子市中央町5-10               | 0479-21-3334 |
| 介護サービス マリンピア銚子          | 288-0014 | 銚子市外川町4-11229            | 0479-26-3033 |
| 介護サービス メロディー            | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F        | 0479-26-3321 |

### 同行援護支援

| 事業所名             | 郵便番号     | 住 所         | 電話番号         |
|------------------|----------|-------------|--------------|
| 楽天堂ホームケア銚子       | 288-0031 | 銚子市前宿町741-2 | 0479-30-3750 |
| アステルサポート株式会社     | 288-0814 | 銚子市春日町105   | 0479-21-3740 |
| 有限会社弘誠会看護婦家政婦紹介所 | 288-0042 | 銚子市末広町6-15  | 0479-22-0588 |

### 行動援護支援

| 事業所名         | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号         |
|--------------|----------|-------------------|--------------|
| 介護サービス ハートフル | 288-0041 | 銚子市中央町5-10        | 0479-21-3334 |
| 介護サービス メロディー | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321 |

短期入所

| 事業所名 | 郵便番号     | 住 所          | 電話番号         |
|------|----------|--------------|--------------|
| よつは  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2 | 0479-21-3602 |

生活介護

| 事業所名    | 郵便番号     | 住 所           | 電話番号         |
|---------|----------|---------------|--------------|
| にっこりえがお | 288-0056 | 銚子市新生町1-45-23 | 0479-21-6730 |
| あおぞら三崎  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2  | 0479-21-3602 |
| ここ      | 288-0805 | 銚子市上野町217-77  | 0479-35-0123 |

就労継続支援（A型）

| 事業所名      | 郵便番号     | 住 所                | 電話番号         |
|-----------|----------|--------------------|--------------|
| あらた 銚子事業所 | 288-0043 | 銚子市東芝町5-14(大里ビル2階) | 0479-21-5017 |

就労継続支援（B型）

| 事業所名    | 郵便番号     | 住 所           | 電話番号         |
|---------|----------|---------------|--------------|
| のぞみ     | 288-0814 | 銚子市春日町2058-1  | 0479-24-2445 |
| しおさい三崎  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-82    | 0479-23-9012 |
| しおさい春日  | 288-0814 | 銚子市春日町2058-1  | 0479-25-3475 |
| にっこりえがお | 288-0056 | 銚子市新生町1-45-23 | 0479-21-6730 |
| ここ      | 288-0805 | 銚子市上野町217-77  | 0479-35-0123 |

就労移行支援

| 事業所名   | 郵便番号     | 住 所                      | 電話番号         |
|--------|----------|--------------------------|--------------|
| パレット銚子 | 288-0802 | 銚子市松本町1-993<br>サンキョウビル1階 | 0479-21-7055 |

就労定着支援

| 事業所名   | 郵便番号     | 住 所                      | 電話番号         |
|--------|----------|--------------------------|--------------|
| パレット銚子 | 288-0802 | 銚子市松本町1-993<br>サンキョウビル1階 | 0479-21-7055 |

自立生活援助

| 事業所名         | 郵便番号     | 住 所        | 電話番号         |
|--------------|----------|------------|--------------|
| 介護サービス ハートフル | 288-0041 | 銚子市中央町5-10 | 0479-21-3334 |

グループホーム

| 経営主体           | 事業所名     | 電話番号         |
|----------------|----------|--------------|
| 精神保健福祉を支える会NEW | NEWハウス   | 0479-25-3475 |
| 銚子市手をつなぐ育成会    | のぞみハウス   | 0479-24-2445 |
| (株)ステップ        | たかちゃんハウス | 0479-60-2005 |
| (有)高尾建設        | アイムハッピー  | 0479-21-3363 |

児童発達支援センター

| 事業所名             | 郵便番号     | 住 所          | 電話番号         |
|------------------|----------|--------------|--------------|
| 銚子市児童発達支援センターわかば | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-1 | 0479-22-2742 |

児童発達支援

| 事業所名             | 郵便番号     | 住所           | 電話番号         |
|------------------|----------|--------------|--------------|
| 銚子市児童発達支援センターわかば | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-1 | 0479-22-2742 |
| えがおの家            | 288-0055 | 銚子市陣屋町3-16   | 0479-23-6033 |
| えがおの広場           | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28   | 0479-23-6030 |
| スマイルケア（重心型）      | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28   | 0479-23-6030 |

保育所等訪問支援

| 事業所名             | 郵便番号     | 住所           | 電話番号         |
|------------------|----------|--------------|--------------|
| 銚子市児童発達支援センターわかば | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-1 | 0479-22-2742 |
| えがおの家            | 288-0055 | 銚子市陣屋町3-16   | 0479-23-6033 |

放課後等デイサービス

| 事業所名               | 郵便番号     | 住所                        | 電話番号          |
|--------------------|----------|---------------------------|---------------|
| えがおの家              | 288-0055 | 銚子市陣屋町3-16                | 0479-23-6033  |
| えがおの広場             | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28                | 0479-23-6030  |
| スマイルケア（重心型）        | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28                | 0479-23-6030  |
| えがおのサロン            | 288-0056 | 銚子市新生町1-45-23<br>街かどサロン2階 | 0479-21-6730  |
| 放課後等デイサービス ここ      | 288-0805 | 銚子市上野町217-77              | 0479-35-0123  |
| 放課後等デイサービス ここ 第2教室 | 288-0821 | 銚子市小浜町1985-1              | 070-7573-0123 |

地域活動支援センター（Ⅰ型）

| 事業所名 | 郵便番号     | 住所        | 電話番号         |
|------|----------|-----------|--------------|
| かんらん | 288-0043 | 銚子市東芝町5-1 | 0479-24-7730 |

日中一時支援事業

| 事業所名    | 郵便番号     | 住所           | 電話番号         |
|---------|----------|--------------|--------------|
| スマイル銚子  | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28   | 0479-23-6030 |
| 株式会社 ここ | 288-0805 | 銚子市上野町217-77 | 0479-35-0123 |
| あおぞら三崎  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2 | 0479-21-3602 |

移動支援（障害）

| 事業所名              | 郵便番号     | 住所                | 電話番号          |
|-------------------|----------|-------------------|---------------|
| ミナト介護サービス         | 288-0001 | 銚子市川口町2-6385-44   | 0479-22-2300  |
| 楽天堂ホームケア銚子        | 288-0031 | 銚子市前宿町741-2       | 0479-30-3750  |
| コアラ銚子             | 288-0802 | 銚子市松本町1-11-1      | 050-7508-0739 |
| 有限会社 弘誠会看護婦家政婦紹介所 | 288-0042 | 銚子市末広町6-15        | 0479-22-0588  |
| 介護サービス メロディー      | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321  |

移動支援（介護）

| 事業所名                    | 郵便番号     | 住 所                      | 電話番号         |
|-------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| ニチケアセンター銚子              | 288-0045 | 銚子市三軒町19-4<br>銚子商工会議所内4階 | 0479-20-4730 |
| かすが苑身体障害者<br>ホームヘルパー事業部 | 288-0814 | 銚子市春日町1947-3             | 0479-20-0880 |

訪問入浴サービス

| 事業所名      | 郵便番号     | 住 所       | 電話番号         |
|-----------|----------|-----------|--------------|
| ウエルネスサービス | 288-0814 | 銚子市春日町171 | 0479-20-6401 |

計画相談支援

| 事業所名              | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号                          |
|-------------------|----------|-------------------|-------------------------------|
| 銚子市児童発達支援センターわかば  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-1      | 0479-22-2742                  |
| えがおのネットワーク        | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28        | 0479-23-6030                  |
| 指定相談支援 ハートフル      | 288-0041 | 銚子市中央町5-10        | 0479-21-3334                  |
| ミナト介護サービス         | 288-0001 | 銚子市川口町2-6285-44   | 0479-23-5607                  |
| 相談支援事業所 かんらん      | 288-0043 | 銚子市東芝町5-1         | 0479-24-7730                  |
| 有限会社 弘誠会看護婦家政婦紹介所 | 288-0042 | 銚子市末広町6-15        | 0479-22-0588                  |
| 相談支援センター 結        | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2      | 0479-21-3820                  |
| 指定相談支援室 メロディールーム  | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321<br>080-4290-8539 |

障害児相談支援

| 事業所名              | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号                          |
|-------------------|----------|-------------------|-------------------------------|
| 銚子市児童発達支援センターわかば  | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-1      | 0479-22-2742                  |
| えがおのネットワーク        | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28        | 0479-23-6030                  |
| 指定相談支援 ハートフル      | 288-0041 | 銚子市中央町5-10        | 0479-21-3334                  |
| ミナト介護サービス         | 288-0001 | 銚子市川口町2-6285-44   | 0479-23-5607                  |
| 有限会社 弘誠会看護婦家政婦紹介所 | 288-0042 | 銚子市末広町6-15        | 0479-22-0588                  |
| 相談支援センター 結        | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2      | 0479-21-3820                  |
| 指定相談支援室 メロディールーム  | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321<br>080-4290-8539 |

地域移行支援

| 事業所名             | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号                          |
|------------------|----------|-------------------|-------------------------------|
| えがおのネットワーク       | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28        | 0479-23-6030                  |
| 指定相談支援 ハートフル     | 288-0041 | 銚子市中央町5-10        | 0479-21-3334                  |
| 相談支援センター 結       | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2      | 0479-21-3820                  |
| 指定相談支援室 メロディールーム | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321<br>080-4290-8539 |

地域定着支援

| 事業所名             | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号                          |
|------------------|----------|-------------------|-------------------------------|
| えがおのネットワーク       | 288-0055 | 銚子市陣屋町4-28        | 0479-23-6030                  |
| 指定相談支援 ハートフル     | 288-0041 | 銚子市中央町5-10        | 0479-21-3334                  |
| 相談支援センター 結       | 288-0815 | 銚子市三崎町3-96-2      | 0479-21-3820                  |
| 指定相談支援室 メロディールーム | 288-0048 | 銚子市双葉町6-16 小林ビル2F | 0479-26-3321<br>080-4290-8539 |

# 銚子市役所施設等の電話番号・FAX番号

| 名 称                            | 電話番号                       | 名 称                        | 電話番号                       | 名 称                   | 電話番号                                 |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 銚子市役所（代表）                      | TEL 24-8181<br>FAX 25-7502 | 高 神 小 学 校                  | TEL 22-2256<br>FAX 22-2287 | 東総広域水道企業団             | TEL(0478)86-3821<br>FAX(0478)86-3823 |
| 豊 里 出 張 所                      | TEL 33-1002                | 海 上 小 学 校                  | TEL 22-0288<br>FAX 22-0478 | 銚子地方気象台               | TEL 22-0074<br>FAX 23-4460           |
| 豊 岡 出 張 所                      | TEL 23-8101                | 船 木 小 学 校                  | TEL 33-0004<br>FAX 33-2253 | 銚子税務署                 | TEL 22-1571<br>FAX 23-7750           |
| 第 二 保 育 所                      | TEL 22-1559<br>FAX //      | 椎 柴 小 学 校                  | TEL 33-0009<br>FAX 33-2281 | 銚子海上保安部               | TEL 22-1359<br>FAX //                |
| 第 三 保 育 所                      | TEL 22-0029<br>FAX //      | 豊 里 小 学 校                  | TEL 33-1011<br>FAX 33-1849 | 銚子労働基準監督署             | TEL 22-8100<br>FAX 22-6704           |
| 第 四 保 育 所                      | TEL 22-2107<br>FAX //      | 双 葉 小 学 校                  | TEL 22-0955<br>FAX 22-0969 | ハローワーク銚子              | TEL 22-7406<br>FAX 22-4620           |
| 海 鹿 島 保 育 所                    | TEL 22-8510<br>FAX //      | 第 一 中 学 校                  | TEL 22-1273<br>FAX 22-1472 | 銚子漁港事務所               | TEL 22-6503<br>FAX 22-6431           |
| 保 健 福 祉 セ ン タ ー                | TEL 24-8070<br>FAX 24-8071 | 第 二 中 学 校                  | TEL 22-1360<br>FAX 22-1366 | 県税事務所銚子支所             | TEL 22-5907<br>FAX 25-0568           |
| 児童発達支援センター<br>わ か ば            | TEL 22-2742<br>FAX //      | 第 三 中 学 校                  | TEL 22-3300<br>FAX 22-3302 | 銚子水産事務所               | TEL 22-8397<br>FAX 22-9168           |
| 地 域 活 動 支 援 セ ン タ ー<br>か ん ら ん | TEL 24-7730<br>FAX 24-7736 | 銚子中学校                      | TEL 22-0147<br>FAX 22-0375 | 銚子土木事務所               | TEL 22-6500<br>FAX 24-0099           |
| 社 会 福 祉 協 議 会                  | TEL 24-8189                | 銚子西中学校                     | TEL 22-1469<br>FAX 22-1476 | 海匝健康福祉センター<br>（海匝保健所） | TEL 22-0206<br>FAX 24-9682           |
| 地域包括支援センター<br>（市役所高齢者福祉課）      | TEL 24-8754<br>FAX 25-0277 | 市立銚子高等学校                   | TEL 25-0311<br>FAX 23-4441 | 銚子警察署                 | TEL 23-0110<br>FAX //                |
| 東部地域包括支援センター                   | TEL 21-5580<br>FAX 21-5581 | 小児言語指導センター                 | TEL 25-1255                | 銚子特別支援学校              | TEL 22-0243<br>FAX 25-0551           |
| 中央地域包括支援センター                   | TEL 21-7600<br>FAX 21-7602 | 青少年指導センター                  | TEL 21-0345<br>FAX //      | 銚子児童相談所               | TEL 23-0076<br>FAX 23-0039           |
| 西部地域包括支援センター                   | TEL 21-5655<br>FAX 21-5656 | 市 民 セ ン タ ー                | TEL 22-0340<br>FAX 22-0378 | 県立銚子高等学校              | TEL 22-6906<br>FAX 24-9781           |
| 老 人 憩 の 家<br>（こも浦荘）            | TEL 24-3340<br>FAX 24-0290 | 公 正 図 書 館                  | TEL 25-3069<br>FAX //      | 県立銚子商業高等学校            | TEL 22-5678<br>FAX 24-9819           |
| 芦崎高齢者いきいきセンター                  | TEL 33-3751                | 東 部 地 区<br>コミュニティーセンター     | TEL 25-3701                |                       |                                      |
| シルバー人材センター                     | TEL 20-7701                | 体 育 館                      | TEL 24-9559                |                       |                                      |
| 斎 場                            | TEL 25-1593                | （ 野 球 場 ）                  | FAX 24-9558                |                       |                                      |
| 東総地区クリーンセンター                   | TEL 30-2311<br>FAX 33-3611 | ス ポ ー ツ<br>コミュニティーセンター     | TEL 24-4841                |                       |                                      |
| 衛 生 セ ン タ ー                    | TEL 23-8148                | 学 校 給 食 セ ン タ ー            | TEL 24-0365<br>FAX 23-6854 |                       |                                      |
| 芦崎終末処理場                        | TEL 33-2088<br>FAX 33-2089 | シ オ パ ー ク ・<br>芸 術 セ ン タ ー | TEL 23-8710<br>FAX 21-6622 |                       |                                      |
| 本 城 浄 水 場                      | TEL 22-8815<br>FAX 24-7468 | 消 防 本 部                    | TEL 22-0119<br>FAX 23-0119 |                       |                                      |
| 清 水 小 学 校                      | TEL 22-0214<br>FAX 22-0318 | 銚子マリーナ                     | TEL 25-7720<br>FAX 25-1322 |                       |                                      |
| 飯 沼 小 学 校                      | TEL 24-8000<br>FAX 24-8018 | 地球の丸く見える丘<br>展 望 館         | TEL 25-0930<br>FAX 25-4140 |                       |                                      |
| 明 神 小 学 校                      | TEL 22-2000<br>FAX 22-2001 | 銚子ポートタワー                   | TEL 24-9500<br>FAX 24-5011 |                       |                                      |
| 本 城 小 学 校                      | TEL 22-0286<br>FAX 22-0349 |                            |                            |                       |                                      |
| 春 日 小 学 校                      | TEL 22-0249<br>FAX 22-0379 |                            |                            |                       |                                      |

## 参考資料

○身体障害者等級表 ※ 但し、身体障害者手帳の交付は、1～6級です。

身体障害認定の対象となる障害は、次の表に該当となる「永続する」障害です。

### 視覚障害

|     |                                                                                 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級 | 視力の良い方の眼の視力(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、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。)が0.01以下のもの |
| 2 級 | 1 視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの                                                   |
|     | 2 視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの                                            |
|     | 3 周辺視野角度(I/4視標による。以下同じ。)の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度(I/2視標による。以下同じ。)が28度以下のもの     |
|     | 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの1 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの                  |
| 3 級 | 1 視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの(2級の2に該当するものを除く。)                                  |
|     | 2 視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの                                            |
|     | 3 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下のもの                                     |
|     | 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの                                           |
| 4 級 | 1 視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの(3級の2に該当するものを除く。)                                   |
|     | 2 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの                                                     |
|     | 3 両眼開放視認点数が70点以下のもの                                                             |
| 5 級 | 1 視力の良い方の眼の視力が0.2かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの                                            |
|     | 2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの                                                        |
|     | 3 両眼中心視野角度が56度以下のもの                                                             |
|     | 4 両眼開放視認点数が70点を超えかつ100点以下のもの                                                    |
|     | 5 両眼中心視野視認点数が40点以下のもの                                                           |
| 6 級 | 視力の良い方の目の視力が0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの                                       |

## 聴覚又は平衡機能の障害

|     | 聴覚障害                                                                                                  | 平衡機能障害        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 2 級 | 両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)                                                                      |               |
| 3 級 | 両耳の聴力レベルが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 |
| 4 級 | 1 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話声語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%以下のもの                        |               |
| 5 級 |                                                                                                       | 平衡機能の著しい障害    |
| 6 級 | 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、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの |               |

## 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

|     |                         |
|-----|-------------------------|
| 3 級 | 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失    |
| 4 級 | 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害 |

## 肢体不自由(上肢機能障害)

|     |                                                                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級 | 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                                                                                                     |
| 2 級 | 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                                                           |
| 3 級 | 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 一上肢の機能の著しい障害<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                      |
| 4 級 | 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、肘関節又は手関節のうち、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 |

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
| 4 級 | 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの            |
|     | 7 おや指又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       |
|     | 8 おや指又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        |
| 5 級 | 1 両上肢のおや指の機能の著しい機能障害                   |
|     | 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害 |
|     | 3 一上肢のおや指を欠くもの                         |
|     | 4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの                    |
|     | 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害              |
|     | 6 おや指又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        |
| 6 級 | 1 一上肢のおや指の機能の著しい障害                     |
|     | 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの                 |
|     | 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            |
| 7 級 | 1 一上肢の機能の軽度の障害                         |
|     | 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 |
|     | 3 一上肢の手指の機能の軽度の障害                      |
|     | 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             |
|     | 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの                |
|     | 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           |

#### 肢体不自由（下肢機能障害）

|     |                                             |
|-----|---------------------------------------------|
| 1 級 | 1 両下肢の機能を全廃したもの                             |
|     | 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの                        |
| 2 級 | 1 両下肢の機能の著しい障害                              |
|     | 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの                        |
| 3 級 | 1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの                        |
|     | 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの                        |
|     | 3 一下肢の機能を全廃したもの                             |
| 4 級 | 1 両下肢のすべての指を欠くもの                            |
|     | 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの                       |
|     | 3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの                        |
|     | 4 一下肢の機能の著しい障害                              |
|     | 5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの                    |
|     | 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 |
| 5 級 | 1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害                     |
|     | 2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの                         |
|     | 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  |

|     |                                            |
|-----|--------------------------------------------|
| 6 級 | 1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの                       |
|     | 2 一下肢の足関節の機能の著しい障害                         |
| 7 級 | 1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害                       |
|     | 2 一下肢の機能の軽度の障害                             |
|     | 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害     |
|     | 4 一下肢のすべての指を欠くもの                           |
|     | 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの                      |
|     | 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 |

#### 肢体不自由（体幹機能障害）

|     |                                |
|-----|--------------------------------|
| 1 級 | 体幹の機能障害により座っていることができないもの       |
| 2 級 | 1 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの |
|     | 2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの      |
| 3 級 | 体幹の機能障害により歩行が困難なもの             |
| 5 級 | 体幹の機能の著しい障害                    |

#### 肢体不自由（乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害）

|     | 上肢機能障害                                      | 移動機能障害                             |
|-----|---------------------------------------------|------------------------------------|
| 1 級 | 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              |
| 2 級 | 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          |
| 3 級 | 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 |
| 4 級 | 不随意運動・失調等による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  |
| 5 級 | 不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの    | 不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの     |
| 6 級 | 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              |
| 7 級 | 上肢に不随意運動・失調等を有するもの                          | 下肢の不随意運動・失調等を有するもの                 |

## 心臓機能障害

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 1 級 | 心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 3 級 | 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 |
| 4 級 | 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  |

## じん臓機能障害

|     |                                    |
|-----|------------------------------------|
| 1 級 | じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 3 級 | 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 |
| 4 級 | 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  |

## 呼吸器機能障害

|     |                                    |
|-----|------------------------------------|
| 1 級 | 呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 3 級 | 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 |
| 4 級 | 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  |

## ぼうこう又は直腸の機能障害

|     |                                         |
|-----|-----------------------------------------|
| 1 級 | ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 3 級 | ぼうこう又は直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 |
| 4 級 | ぼうこう又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  |

## 小腸機能障害

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 1 級 | 小腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |
| 3 級 | 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 |
| 4 級 | 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障害

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 1 級 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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                        |

## 肝臓機能障害

|     |                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------|
| 1 級 | 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 | 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 | 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 | 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                        |

## 備 考

|   |                                                                                |
|---|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 同一の等級において二つの重複する障害がある場合は、一級うえの級とする。<br>ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、該当等級とする。 |
| 2 | 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。                                         |
| 3 | 異なる等級において二つ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、当該等級より上の等級とすることができる。                 |
| 4 | 「指を欠くもの」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指骨間関節以上を欠くものをいう。                           |
| 5 | 「指の機能障害」とは、中手指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 | 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（上腕においては腋窩より、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。                                              |

## ○療育手帳 障害の基準(再掲)

※ 但し、都道府県ごとに手帳の名称や基準が定められています。

18歳未満の方は児童相談所・18歳以上の方は千葉県中央障害者相談センターで判定になります。

| 障害程度        |                   |     | 障 害 程 度 の 基 準                                                                                                  |
|-------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最<br>重<br>度 | 18<br>歳<br>以<br>上 | ㊦の1 | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時特別の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                              |
|             |                   | ㊦の2 | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者で、㊦の1以外の者。                                                       |
|             | 18 歳<br>未<br>満    | ㊦   | 知能指数がおおむね 20 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                                |
| 重<br>度      | Aの1               |     | 知能指数がおおむね 21 以上 35 以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。                                                          |
|             | Aの2               |     | 知能指数がおおむね 36 以上 50 以下の者で視覚障害、聴覚障害、肢体不自由を有し、身体障害者福祉法に基づく障害等級が1級、2級または3級の手帳を所持しており、日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。 |
| 中<br>度      | Bの1               |     | 上記以外の者で、知能指数がおおむね 36 以上 50 以下の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。                                                     |
| 軽<br>度      | Bの2               |     | 知能指数がおおむね 51 以上 75 程度の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。                                                             |

## ○精神障害者保健手帳 障害の基準

※ 主たる精神疾患が知的障害の方については療育手帳が対象となります。

| 障害程度 | 障 害 程 度 の 基 準                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------|
| 1 級  | 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                               |
| 2 級  | 精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又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           |
| 3 級  | 精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若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 |

別紙様式 1

身体障害者手帳英訳証明申請書

年 月 日

千葉県健康福祉部障害者福祉推進課長 様

請求者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の身体障害者手帳について、英訳証明書の交付を依頼します。

記

1 申請者（手帳所持者本人）について

居住地：

ふりがな：

氏 名：

→ローマ字での氏名の表記を記載してください。

( \_\_\_\_\_ )

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

請求者との続柄： 本人 保護者 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2 手帳記載内容

| 手帳番号 | 県第 号 | 交付年月日 | 年 月 日                                                                           |
|------|------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 障害名  |      |       | <div> <div>等級</div> <div>種別</div> </div> <div> <div>級</div> <div>種</div> </div> |

\*証明書の交付は、お住まいのある市町村窓口を経由して行います。

\*身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。

\*代理で申請される場合は、①身体障害者本人からの委任状、②請求者の住民票、③請求者の身分証明証の写しも併せて御提出ください。

(English Translation)

(Shousui No.○○)

(月、日、年)

Chiba Prefecture Health and Welfare Department  
Welfare Promotion Support Division Director General  
(障害者福祉推進課長署名)

### Certification

It is hereby certified that this Physical Disability Certificate (*Shintai Shougaisha Techo*) was issued to

( 申請者氏名 ) to certify that (he/she) has been acknowledged to have a physical disability

( 障害内容 ) as defined under the Act for the Welfare of Persons with Physical Disabilities.

No. ( 手帳番号 ) issued by Chiba Prefecture

Disability Degree: ( 等級 )

(例)障害が  
1つ → a physical disability  
複数 → physical disabilities

\* この文書は、身体障害者手帳の内容を英訳したものです。利用者には、利用する際に、身体障害者手帳を添えて利用するように知らせていますので、提示を求めて下さい。

\* This is a courtesy English translation of the accompanying certification issued in Japanese. When using this courtesy translation, the bearer must also present their Physical Disability Certificate (*Shintai Shougaisha Techo*). Please request that this document is presented.

\* ただし、身体障害者手帳及び本書を提示した場合でも、日本以外の国におけるサービスを保障するものではない旨、利用者に伝えてあります。

\* The bearer of these documents has been informed that even when the Physical Disability Certificate (*Shintai Shougaisha Techo*) and this courtesy English translation are properly presented to authorities abroad, these documents do not guarantee services outside of Japan.

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7疾病）

△ 表記が変更された疾病（2疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

| 番号 | 疾病名              | 番号  | 疾病名                          |
|----|------------------|-----|------------------------------|
| 1  | アイカルディ症候群        | 51  | 潰瘍性大腸炎                       |
| 2  | アイザックス症候群        | 52  | 下垂体前葉機能低下症                   |
| 3  | I g A腎症          | 53  | 家族性地中海熱                      |
| 4  | I g G4関連疾患       | 54  | 家族性低βリポタンパク血症1(ホモ接合体)        |
| 5  | 亜急性硬化性全脳炎        | 55  | 家族性良性慢性天疱瘡                   |
| 6  | アジソン病            | 56  | カナバン病                        |
| 7  | アッシャー症候群         | 57  | 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群      |
| 8  | アトピー性脊髄炎         | 58  | 歌舞伎症候群                       |
| 9  | アペール症候群          | 59  | 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 |
| 10 | アミロイドーシス         | 60  | カルニチン回路異常症                   |
| 11 | アラジール症候群         | 61  | 加齢黄斑変性 ○                     |
| 12 | アルポート症候群         | 62  | 肝型糖原病                        |
| 13 | アレキサンダー病         | 63  | 間質性膀胱炎（ハンナ型）                 |
| 14 | アンジェルマン症候群       | 64  | 環状20番染色体症候群                  |
| 15 | アントレー・ピクスラー症候群   | 65  | 関節リウマチ                       |
| 16 | イソ吉草酸血症          | 66  | 完全大血管転位症                     |
| 17 | 一次性ネフローゼ症候群      | 67  | 眼皮膚白皮症                       |
| 18 | 一次性膜性増殖性糸球体腎炎    | 68  | 偽性副甲状腺機能低下症                  |
| 19 | 1 p 36欠失症候群      | 69  | ギャロウェイ・モフト症候群                |
| 20 | 遺伝性自己炎症疾患        | 70  | 急性壊死性脳症 ○                    |
| 21 | 遺伝性ジストニア         | 71  | 急性網膜壊死 ○                     |
| 22 | 遺伝性周期性四肢麻痺       | 72  | 球脊髄性筋萎縮症                     |
| 23 | 遺伝性膀胱炎           | 73  | 急速進行性糸球体腎炎                   |
| 24 | 遺伝性鉄芽球形貧血        | 74  | 強直性脊椎炎                       |
| 25 | ウィーバー症候群         | 75  | 巨細胞性動脈炎                      |
| 26 | ウィリアムズ症候群        | 76  | 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）         |
| 27 | ウィルソン病           | 77  | 巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）          |
| 28 | ウエスト症候群          | 78  | 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症              |
| 29 | ウェルナー症候群         | 79  | 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）             |
| 30 | ウォルフラム症候群        | 80  | 筋萎縮性側索硬化症                    |
| 31 | ウルリッヒ病           | 81  | 筋型糖原病                        |
| 32 | HTRA1関連脳小血管病     | 82  | 筋ジストロフィー                     |
| 33 | HTLV-1 関連脊髄症     | 83  | クッシング病                       |
| 34 | A T R-X 症候群      | 84  | クリオピリン関連周期熱症候群               |
| 35 | A D H分泌異常症       | 85  | クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群         |
| 36 | エーラス・ダンロス症候群     | 86  | クルーゾン症候群                     |
| 37 | エプスタイン症候群        | 87  | グルコーストランスポーター1欠損症            |
| 38 | エプスタイン病          | 88  | グルタル酸血症1型                    |
| 39 | エマヌエル症候群         | 89  | グルタル酸血症2型                    |
| 40 | MECP2重複症候群       | 90  | クロウ・深瀬症候群                    |
| 41 | LMNB1関連大脳白質脳症 ※  | 91  | クローン病                        |
| 42 | 遠位型ミオパチー         | 92  | クローンカイト・カナダ症候群               |
| 43 | 円錐角膜 ○           | 93  | 痙攣重症型（二相性）急性脳症               |
| 44 | 黄色靱帯骨化症          | 94  | 結節性硬化症                       |
| 45 | 黄斑ジストロフィー        | 95  | 結節性多発動脈炎                     |
| 46 | 大田原症候群           | 96  | 血栓性血小板減少性紫斑病                 |
| 47 | オクシピタル・ホーン症候群    | 97  | 限局性皮質異形成                     |
| 48 | オスラー病            | 98  | 原発性肝外門脈閉塞症 ※                 |
| 49 | カーニー複合           | 99  | 原発性局所多汗症 ○                   |
| 50 | 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん | 100 | 原発性硬化性胆管炎                    |

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7疾病）

△ 表記が変更された疾病（2疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

| 番号  | 疾病名                   | 番号  | 疾病名                              |
|-----|-----------------------|-----|----------------------------------|
| 101 | 原発性高脂血症               | 151 | 紫斑病性腎炎                           |
| 102 | 原発性側索硬化症              | 152 | 脂肪萎縮症                            |
| 103 | 原発性胆汁性胆管炎             | 153 | 若年性特発性関節炎                        |
| 104 | 原発性免疫不全症候群            | 154 | 若年性肺気腫                           |
| 105 | 顕微鏡的大腸炎 ○             | 155 | シャルコー・マリー・トゥース病                  |
| 106 | 顕微鏡的多発血管炎             | 156 | 重症筋無力症                           |
| 107 | 高IgD症候群               | 157 | 修正大血管転位症                         |
| 108 | 好酸球性消化管疾患             | 158 | 出血性線溶異常症 ※                       |
| 109 | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症        | 159 | ジュベール症候群関連疾患                     |
| 110 | 好酸球性副鼻腔炎              | 160 | シュワルツ・ヤンベル症候群                    |
| 111 | 抗糸球体基底膜腎炎             | 161 | 神経細胞移動異常症                        |
| 112 | 後縦韌帯骨化症               | 162 | 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       |
| 113 | 甲状腺ホルモン不応症            | 163 | 神経線維腫症                           |
| 114 | 拘束型心筋症                | 164 | 神経有棘赤血球症                         |
| 115 | 高チロシン血症1型             | 165 | 進行性核上性麻痺                         |
| 116 | 高チロシン血症2型             | 166 | 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症                   |
| 117 | 高チロシン血症3型             | 167 | 進行性骨化性線維異形成症                     |
| 118 | 後天性赤芽球癆               | 168 | 進行性多巣性白質脳症                       |
| 119 | 広範脊柱管狭窄症              | 169 | 進行性白質脳症                          |
| 120 | 膠様滴状角膜ジストロフィー         | 170 | 進行性ミオクロームステんかん                   |
| 121 | 抗リン脂質抗体症候群            | 171 | 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症                  |
| 122 | 極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症 ※ | 172 | 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症                |
| 123 | コケイン症候群               | 173 | 睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びびまん性脳症 △ |
| 124 | コステロ症候群               | 174 | スタージ・ウェーバー症候群                    |
| 125 | 骨形成不全症                | 175 | スティーヴンス・ジョンソン症候群                 |
| 126 | 骨髄異形成症候群 ○            | 176 | スミス・マギニス症候群                      |
| 127 | 骨髄線維症 ○               | 177 | スモン ○                            |
| 128 | ゴナドトロピン分泌亢進症          | 178 | 脆弱X症候群                           |
| 129 | 5p欠失症候群               | 179 | 脆弱X症候群関連疾患                       |
| 130 | コフィン・シリス症候群           | 180 | 成人発症スチル病                         |
| 131 | コフィン・ローリー症候群          | 181 | 成長ホルモン分泌亢進症                      |
| 132 | 混合性結合組織病              | 182 | 脊髄空洞症                            |
| 133 | 鯉耳腎症候群                | 183 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)              |
| 134 | 再生不良性貧血               | 184 | 脊髄髄膜瘤                            |
| 135 | サイトメガロウィルス角膜内皮炎 ○     | 185 | 脊髄性筋萎縮症                          |
| 136 | 再発性多発軟骨炎              | 186 | セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症               |
| 137 | 左心低形成症候群              | 187 | 前眼部形成異常                          |
| 138 | サルコイドーシス              | 188 | 全身性エリテマトーデス                      |
| 139 | 三尖弁閉鎖症                | 189 | 全身性強皮症                           |
| 140 | 三頭酵素欠損症               | 190 | 先天異常症候群                          |
| 141 | CFC症候群                | 191 | 先天性横隔膜ヘルニア                       |
| 142 | シェーグレン症候群             | 192 | 先天性核上性球麻痺                        |
| 143 | 色素性乾皮症                | 193 | 先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症               |
| 144 | 自己食空胞性ミオパチー           | 194 | 先天性魚鱗癬                           |
| 145 | 自己免疫性肝炎               | 195 | 先天性筋無力症候群                        |
| 146 | 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症       | 196 | 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症    |
| 147 | 自己免疫性溶血性貧血            | 197 | 先天性三尖弁狭窄症                        |
| 148 | 四肢形成不全 ○              | 198 | 先天性腎性尿崩症                         |
| 149 | シトステロール血症             | 199 | 先天性赤血球形成異常性貧血                    |
| 150 | シトリン欠損症               | 200 | 先天性僧帽弁狭窄症                        |

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7疾病）

△ 表記が変更された疾病（2疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

| 番号  | 疾病名                                  | 番号  | 疾病名                          |
|-----|--------------------------------------|-----|------------------------------|
| 201 | 先天性大脳白質形成不全症                         | 251 | 特発性門脈圧亢進症                    |
| 202 | 先天性肺静脈狭窄症                            | 252 | 特発性両側性感音難聴                   |
| 203 | 先天性風疹症候群 ○                           | 253 | 突発性難聴 ○                      |
| 204 | 先天性副腎低形成症                            | 254 | ドラベ症候群                       |
| 205 | 先天性副腎皮質酵素欠損症                         | 255 | 中條・西村症候群                     |
| 206 | 先天性ミオパチー                             | 256 | 那須・ハコラ病                      |
| 207 | 先天性無痛無汗症                             | 257 | 軟骨無形成症                       |
| 208 | 先天性葉酸吸収不全                            | 258 | 難治頻回部分発作重積型急性脳炎              |
| 209 | 前頭側頭葉変性症                             | 259 | 22q11.2欠失症候群                 |
| 210 | 線毛機能不全症候群（カルタゲナー（Kartagener）症候群を含む。） | 260 | 乳児発症STING 関連血管炎 ※            |
| 211 | 早期ミオクロニー脳症                           | 261 | 乳幼児肝巨大血管腫                    |
| 212 | 総動脈幹遺残症                              | 262 | 尿素サイクル異常症                    |
| 213 | 総排泄腔遺残                               | 263 | ヌーナン症候群                      |
| 214 | 総排泄腔外反症                              | 264 | ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症 |
| 215 | ソトス症候群                               | 265 | ネフロン癆                        |
| 216 | ダイヤモンド・ブラックファン貧血                     | 266 | 脳クレアチン欠乏症候群                  |
| 217 | 第14番染色体父親性ダイソミー症候群                   | 267 | 脳腱黄色腫症                       |
| 218 | 大脳皮質基底核変性症                           | 268 | 脳内鉄沈着神経変性症                   |
| 219 | 大理石骨病                                | 269 | 脳表ヘモジデリン沈着症                  |
| 220 | ダウン症候群 ○                             | 270 | 膿疱性乾癬                        |
| 221 | 高安静脈炎                                | 271 | 囊胞性線維症                       |
| 222 | 多系統萎縮症                               | 272 | パーキンソン病                      |
| 223 | タナトフォリック骨異形成症                        | 273 | バージャー病                       |
| 224 | 多発血管炎性肉芽腫症                           | 274 | 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症               |
| 225 | 多発性硬化症／視神経脊髄炎                        | 275 | 肺動脈性肺高血圧症                    |
| 226 | 多発性軟骨性外骨腫症 ○                         | 276 | 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）            |
| 227 | 多発性嚢胞腎                               | 277 | 肺胞低換気症候群                     |
| 228 | 多脾症候群                                | 278 | ハッチンソン・ギルフォード症候群             |
| 229 | タンジール病                               | 279 | バッド・キアリ症候群                   |
| 230 | 単心室症                                 | 280 | ハンチントン病                      |
| 231 | 弾性線維性仮性黄色腫                           | 281 | 汎発性特発性骨増殖症 ○                 |
| 232 | 短腸症候群 ○                              | 282 | P C D H 19 関連症候群             |
| 233 | 胆道閉鎖症                                | 283 | P U R A 関連神経発達異常症 ※          |
| 234 | 遅発性リンパ水腫                             | 284 | 非ケトーシス型高グリシン血症               |
| 235 | チャージ症候群                              | 285 | 肥厚性皮膚骨膜炎                     |
| 236 | 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群                  | 286 | 非ジストロフィー性ミオトニー症候群            |
| 237 | 中毒性表皮壊死症                             | 287 | 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症      |
| 238 | 腸管神経節細胞減少症                           | 288 | 肥大型心筋症                       |
| 239 | TRPV4異常症                             | 289 | 左肺動脈右肺動脈起始症                  |
| 240 | TSH分泌亢進症                             | 290 | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症             |
| 241 | TNF受容体関連周期性症候群                       | 291 | ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症             |
| 242 | 低ホスファターゼ症                            | 292 | ピッカーstaff 脳幹脳炎               |
| 243 | 天疱瘡                                  | 293 | 非典型溶血性尿毒症症候群                 |
| 244 | 特発性拡張型心筋症                            | 294 | 非特異性多発性小腸潰瘍症                 |
| 245 | 特発性間質性肺炎                             | 295 | 皮膚筋炎／多発性筋炎                   |
| 246 | 特発性基底核石灰化症                           | 296 | びまん性汎細気管支炎 ○                 |
| 247 | 特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）            | 297 | 肥満低換気症候群 ○                   |
| 248 | 特発性後天性全身性無汗症                         | 298 | 表皮水疱症                        |
| 249 | 特発性大腿骨頭壊死症                           | 299 | ヒルシュスブルング病（全結腸型又は小腸型）        |
| 250 | 特発性多中心性キャッスルマン病                      | 300 | VATER症候群                     |

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7疾病）

△ 表記が変更された疾病（2疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

| 番号  | 疾病名                        | 番号  | 疾病名                        |
|-----|----------------------------|-----|----------------------------|
| 301 | ファイファー症候群                  | 351 | もやもや病                      |
| 302 | ファロー四徴症                    | 352 | モワット・ウイルソン症候群              |
| 303 | ファンコニ貧血                    | 353 | 薬剤性過敏症候群 ○                 |
| 304 | 封入体筋炎                      | 354 | ヤング・シンブソン症候群               |
| 305 | フェニルケトン尿症                  | 355 | 優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |
| 306 | フォンタン術後症候群 ○               | 356 | 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん           |
| 307 | 複合カルボキシラーゼ欠損症              | 357 | 4p欠失症候群                    |
| 308 | 副甲状腺機能低下症                  | 358 | ライソゾーム病                    |
| 309 | 副腎白質ジストロフィー                | 359 | ラスムッセン脳炎                   |
| 310 | 副腎皮質刺激ホルモン不応症              | 360 | ランゲルハンス細胞組織球症 ○            |
| 311 | ブラウ症候群                     | 361 | ランドウ・クレフナー症候群              |
| 312 | プラダー・ウィリ症候群                | 362 | リジン尿性蛋白不耐症                 |
| 313 | プリオン病                      | 363 | 両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○            |
| 314 | プロピオン酸血症                   | 364 | 両大血管右室起始症                  |
| 315 | PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）        | 365 | リンパ管腫症/ゴーム病                |
| 316 | 閉塞性細気管支炎                   | 366 | リンパ脈管筋腫症                   |
| 317 | β-ケトチオラーゼ欠損症               | 367 | 類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）         |
| 318 | ベーチェット病                    | 368 | ルビンシュタイン・ティビ症候群            |
| 319 | ベスレムミオパチー                  | 369 | レーベル遺伝性視神経症                |
| 320 | ヘパリン起因性血小板減少症 ○            | 370 | 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 |
| 321 | ヘモクロマトーシス ○                | 371 | 劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |
| 322 | ベリー病                       | 372 | レット症候群                     |
| 323 | ペルーシド角膜辺縁変性症 ○             | 373 | レノックス・ガストー症候群              |
| 324 | ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。） | 374 | 口ウ症候群 ※                    |
| 325 | 片側巨脳症                      | 375 | ロスムンド・トムソン症候群              |
| 326 | 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群           | 376 | 肋骨異常を伴う先天性側弯症              |
| 327 | 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症          |     |                            |
| 328 | 発作性夜間ヘモグロビン尿症              |     |                            |
| 329 | ホモシスチン尿症                   |     |                            |
| 330 | ポルフィリン症                    |     |                            |
| 331 | マリネスコ・シェーグレン症候群            |     |                            |
| 332 | マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群       |     |                            |
| 333 | 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 |     |                            |
| 334 | 慢性血栓性肺高血圧症                 |     |                            |
| 335 | 慢性再発性多発性骨髄炎                |     |                            |
| 336 | 慢性脾炎 ○                     |     |                            |
| 337 | 慢性特発性偽性腸閉塞症                |     |                            |
| 338 | ミオクロニー欠神てんかん               |     |                            |
| 339 | ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん          |     |                            |
| 340 | ミトコンドリア病                   |     |                            |
| 341 | 無虹彩症                       |     |                            |
| 342 | 無脾症候群                      |     |                            |
| 343 | 無βリボタンパク血症                 |     |                            |
| 344 | メーブルシロップ尿症                 |     |                            |
| 345 | メチルグルタコン酸尿症                |     |                            |
| 346 | メチルマロン酸血症                  |     |                            |
| 347 | メビウス症候群                    |     |                            |
| 348 | 免疫性血小板減少症 △                |     |                            |
| 349 | メンケス病                      |     |                            |
| 350 | 網膜色素変性症                    |     |                            |

（※）一覧には代表的な疾病名が記載されており、内含する疾病名までは記載されていません。

各疾病の詳細については、難病情報センターのホームページ（<https://www.nanbyou.or.jp/>）等を参照ください。

## 障害者に関するマーク

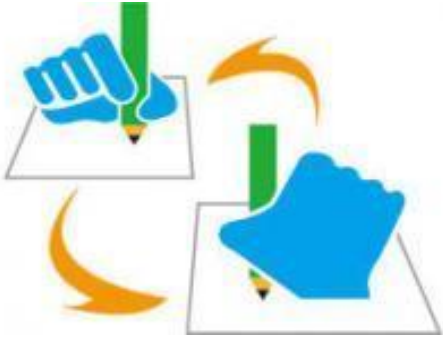
街で見かける障害者に関するマークには、主に次のようなものがあります。  
皆さまの御理解と御協力をお願いいたします。

| 名 称                                                                                                            | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【障害者のための国際シンボルマーク】</p>     | <p>障害者が利用できる建物、施設であることを明確に表すための世界共通のシンボルマークです。マークの使用については国際リハビリテーション協会の「使用指針」により定められています。</p> <p>※このマークは「すべての障害者を対象」としたものです。特に車椅子を利用する障害者を限定し、使用されるものではありません。</p> <p>※個人の車に表示することは、国際シンボルマーク本来の主旨とは異なります。障害のある方が、車に乗車していることを、周囲にお知らせする程度の表示になります。したがって、個人の車に表示しても、道路交通法上の規制を免れるなどの法的効力は生じません。駐車禁止を免れる、または障害者専用駐車場が優先的に利用できるなどの証明にはなりませんので、ご理解の上ご使用下さい。</p> <p>【連絡先】<br/>公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会</p> |
| <p>【身体障害者標識（身体障害者マーク）】</p>  | <p>肢体不自由であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示については、努力義務となっています。</p> <p>危険防止のためやむを得ない場合を除き、このマークを付けた車に幅寄せや割り込みを行った運転者は、道路交通法の規定により罰せられます。</p> <p>【連絡先】警察庁交通局交通企画課</p>                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>【聴覚障害者標識（聴覚障害者マーク）】</p>  | <p>聴覚障害であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示については、義務となっています。</p> <p>危険防止のためやむを得ない場合を除き、このマークを付けた車に幅寄せや割り込みを行った運転者は、道路交通法の規定により罰せられます。</p> <p>【連絡先】警察庁交通局交通企画課</p>                                                                                                                                                                                                                            |

| 名 称                                                                                                        | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【盲人のための国際シンボルマーク】</p>  | <p>世界盲人連合で 1984 年に制定された盲人のための世界共通のマークです。視覚障害者の安全やバリアフリーに考慮された建物、設備、機器などに付けられています。信号機や国際点字郵便物・書籍などで身近に見かけるマークです。</p> <p>このマークを見かけた場合には、視覚障害者の利用への配慮について、御理解、御協力をお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>社会福祉法人 日本盲人福祉委員会</p>                                                                                                                                                                                       |
| <p>【耳マーク】</p>            | <p>聞こえが不自由なことを表すと同時に、聞こえない人・聞こえにくい人への配慮を表すマークです。また、窓口等に掲示されている場合は、聴覚障害者へ配慮した対応ができることを表しています。</p> <p>聴覚障害者は見た目には分からないために、誤解されたり、不利益をこうむったり、社会生活上で不安が少なくありません。</p> <p>このマークを提示された場合は、相手が「聞こえない・聞こえにくい」ことを理解し、コミュニケーションの方法等への配慮（口元を見せゆっくり、はっきり話す・筆談で対応する・呼ぶときは傍へ来て合図する・手話や身振りで表すなど）について御協力をお願いします。</p> <p>【連絡先】 一般社団法人<br/>全日本難聴者・中途失聴者団体連合会</p>                                                      |
| <p>【ほじょ犬マーク】</p>        | <p>身体障害者補助犬法の啓発のためのマークです。</p> <p>身体障害者補助犬とは、盲導犬、介助犬、聴導犬のことを言います。「身体障害者補助犬法」において、公共の施設や交通機関はもちろん、デパートやスーパー、ホテル、レストランなどの民間施設は、身体障害のある人が身体障害者補助犬を同伴するのを受け入れる義務があります。補助犬を同伴することのみをもってサービスの提供を拒むことは障害者差別に当たります。</p> <p>補助犬はペットではありません。社会のマナーもきちんと訓練されており、衛生面でもきちんと管理されています。</p> <p>補助犬を同伴していても使用者への援助が必要な場合があります。使用者が困っている様子を見かけたら、積極的にお声かけをお願いします。</p> <p>【連絡先】 厚生労働省 社会・援護局<br/>障害保健福祉部企画課自立支援振興室</p> |

| 名 称                                                                                                         | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【オストメイト用設備／オストメイト】</p>  | <p>オストメイトとは、がんなどで人工肛門・人工膀胱を造設している排泄機能に障害のある障害者のことをいいます。</p> <p>このマーク(JIS Z8210)は、オストメイトの為の設備(オストメイト対応のトイレ)があること及びオストメイトであることを表しています。</p> <p>このマークを見かけた場合には、身体内部に障害のある障害者であること及びその配慮されたトイレであることを御理解の上、御協力をお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>公益財団法人 交通エコロジー・モビリティ財団</p>                                                                         |
| <p>【ハート・プラスマーク】</p>       | <p>「身体内部に障害がある人」を表しています。</p> <p>身体内部(心臓、呼吸機能、じん臓、膀胱・直腸、小腸、肝臓、免疫機能)に障害がある方は外見からは分かりにくいいため、様々な誤解を受けることがあります。</p> <p>内部障害の方の中には、電車などの優先席に座りたい、障害者用駐車スペースに停めたい、といったことを希望していることがあります。</p> <p>このマークを着用されている方を見かけた場合には、内部障害への配慮について御理解、御協力をお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>特定非営利活動法人 ハート・プラスの会</p>                                                 |
| <p>【障害者雇用支援マーク】</p>      | <p>公益財団法人ソーシャルサービス協会が障害者の在宅障害者就労支援並びに障害者就労支援を認めた企業、団体に対して付与する認証マークです。</p> <p>障害者の社会参加を理念に、障害者雇用を促進している企業や障害者雇用を促進したいという思いを持っている企業は少なくありません。</p> <p>そういった企業がどこにあるのか、障害者で就労を希望する方々に少しでもわかりやすくなれば、障害者の就労を取り巻く環境もより整備されるのではないかと考えます。</p> <p>障害者雇用支援マークが企業側と障害者の橋渡しになればと考えております。御協力のほど、宜しくお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>公益財団法人 ソーシャルサービス協会</p> |

| 名 称                                                                                                                                                       | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【「白杖SOSシグナル」<br/>普及啓発シンボルマーク】</p>  <p>社会福祉法人日本視覚障害者団体連合<br/>推奨マーク</p> | <p>白杖を頭上50cm程度に掲げてSOSのシグナルを示している視覚に障害のある人を見かけたら、進んで声をかけて支援しようという「白杖SOSシグナル」運動の普及啓発シンボルマークです。</p> <p>白杖によるSOSのシグナルを見かけたら、進んで声をかけ、困っていることなどを聞き、サポートをお願いします。</p> <p>※駅のホームや路上などで視覚に障害のある人が危険に遭遇しそうな場合は、白杖によりSOSのシグナルを示していなくても、声をかけてサポートをお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>岐阜市福祉事務所障がい福祉課</p>  |
| <p>【ヘルプマーク】</p>                                                         | <p>義足や人工関節を使用している方、内部障害や難病の方、または妊娠初期の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることができるマークです（JIS規格）。</p> <p>ヘルプマークを身に着けた方を見かけた場合は、電車・バス内で席をゆずる、困っているようであれば声をかける等、思いやりのある行動をお願いします。</p> <p>【連絡先】<br/>東京都福祉局 障害者施策推進部<br/>企画課社会参加推進担当</p>                                 |
| <p>【手話マーク】</p>                                                         | <p>きこえない・きこえにくい人が手話言語でのコミュニケーションの配慮を求めるときに提示したり、役所、公共及び民間施設・交通機関の窓口、店舗など、手話言語による対応ができるところが提示できます。また、イベント時のネームプレートや災害時に支援者が身に着けるビブスなどに提示することもできます。</p> <p>きこえない・きこえにくい人等がこのマークを提示した場合は「手話言語で対応をお願いします」の意味、窓口等が提示している場合は「手話言語で対応します」等の意味になります。</p> <p>【連絡先】<br/>一般財団法人 全日本ろうあ連盟</p> |

| 名 称                                                                                                                                   | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p data-bbox="368 248 596 282">【 筆談マーク 】</p>         | <p data-bbox="774 248 1458 501">きこえない・きこえにくい人、音声言語障害者、知的障害者や外国人などが筆談でのコミュニケーションの配慮を求めるときに提示したり、役所、公共及び民間施設・交通機関の窓口、店舗など、筆談による対応ができるところが提示できます。また、イベント時のネームプレートや災害時に支援者が身に着けるビブスなどに提示することもできます。</p> <p data-bbox="774 501 1458 645">きこえない・きこえにくい人等がこのマークを提示した場合は「筆談で対応をお願いします」の意味、窓口等が提示している場合は「筆談で対応します」等の意味になります。</p> <p data-bbox="805 680 1257 750">【連絡先】<br/>一般財団法人 全日本ろうあ連盟</p> |
| <p data-bbox="284 804 678 837">【 ヒアリングループマーク 】</p>  | <p data-bbox="774 804 1458 907">「ヒアリングループマーク」は、補聴器や人工内耳に内蔵されているTコイルを使って利用できる施設・機器であることを表示するマークです。</p> <p data-bbox="774 907 1458 1016">このマークを施設・機器に掲示することにより、補聴器・人工内耳装用者に補聴援助システムがあることを知らせ、利用を促すものです。</p> <p data-bbox="805 1084 1331 1193">【連絡先】<br/>一般社団法人<br/>全日本難聴者・中途失聴者団体連合会</p>                                                                                               |

