

# 障がい者福祉のしおり

|                                                                                     |                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | (国際シンボルマーク)<br>障がいのある人々が利用できる建築物や公共輸送機関であることを示す、世界共通のマークです。個人の車に表示することは、本来の主旨とは異なり、障がいのある方が、乗車していることを、周囲にお知らせする程度の表示となり、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。             |
|    | (盲人のための国際シンボルマーク)<br>視覚障がいのある方の安全やバリアフリーを考慮した建物・設備・機器などにつけられている世界共通のマークです。                                                                                      |
|    | (身体障がい者標識)<br>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。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。              |
|    | (聴覚障がい者標識)<br>聴覚障がい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。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。                |
|   | (耳マーク)<br>聴覚障がいのある方は、障がいそのものが分かりにくいために誤解をされたり、不利益なことになったり、危険にさらされるなど、社会生活の上で不安は数知れなくあります。このマークを提示された場合は、相手が聞こえないことを理解し、コミュニケーションの方法への配慮についてご協力をお願いします。          |
|  | (ほじょ犬マーク)<br>身体障がい者補助犬同伴の啓発のために、施設や店などの入口に張るマークです。身体障がい者補助犬とは、盲導犬・介助犬・聴導犬のことをいい、身体障害者補助犬法により、公共施設や交通機関はもちろん、デパート・ホテル・レストランなどの一般的な施設でも自由に同伴できるようになっています。         |
|  | (オストメイトマーク)<br>人工肛門・人口ぼうこうを備えている人（オストメイト）のための設備がトイレにあることを表しています。オストメイトに配慮されたトイレとは、排泄物の処理、ストーマ装具の交換・装着、ストーマ周辺皮膚の洗浄、使用済み装具の廃棄などができる設備が備わったものとなります。                |
|  | (ハートプラスマーク)<br>身体内部に障がいを持つ人を表しています。身体内部（心臓、腎臓、肺、ぼうこう・直腸、小腸、肝臓、免疫機能）に障がいがある方は外見からは分かりにくいので、様々な誤解を受けることがあります。このマークを着用されている方を見かけた場合には、内部障がいへの配慮についてご理解、ご協力をお願いします。 |
|  | (ヘルプマーク)<br>障がいや疾患などがあることが外見からは分からない人が、支援や配慮を必要としていることを周囲に知らせることができるマークです。<br>希望者には、社会福祉課の窓口で配布させていただいています。                                                     |

## ◇ご利用にあたって◇

現在、障がいのある方々に対する施策は行政の各分野にわたって行われており、またサービスの窓口もいろいろと分かれております。この「しおり」は、多岐多様な障がい福祉の制度、窓口などについて御理解いただくために作成したものです。手帳の内容や障がいの状態によってはサービス等が受けられない場合があります。  
※ しおりの内容は簡単に説明してありますので、詳細は、担当窓口までお問い合わせください。

大網白里市社会福祉課  
令和 6 年 5 月

## 目 次

|    |                                                                                                  |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1  | 障がい程度別該当制度一覧表                                                                                    | 1  |
| 2  | 相談窓口                                                                                             | 2  |
| 3  | 障害者手帳<br>身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳                                                                | 4  |
| 4  | 年金<br>障害基礎年金、障害厚生年金・障害手当金、国民年金保険料の法定免除、千葉県心身障害者扶養年金制度                                            | 7  |
| 5  | 手当<br>特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、在宅重度障害者福祉手当                                                       | 9  |
| 6  | 医療<br>重度心身障害者医療費助成制度、後期高齢者医療制度の障がい認定、特定疾病療養受療証、更正医療・育成医療、精神通院医療、指定難病医療費助成制度、小児慢性特定疾病医療費助成制度      | 11 |
| 7  | 障害者総合支援法・児童福祉法に基づく障がい福祉サービス等<br>障がい福祉サービス、障害児通所支援、補装具                                            | 16 |
| 8  | 地域生活支援事業<br>日常生活用具の給付、移動支援事業、日中一時支援事業、訪問入浴サービス、手話通訳者・要約筆記者の派遣、自動車改造費助成事業、自動車運転免許取得助成事業、知的障害者職親委託 | 22 |
| 9  | その他の福祉制度等<br>難聴児補聴器購入費等助成制度、福祉カー（ゆうあい号）の貸付、介護機器貸付事業、身体障がい者補助犬給付事業、駐車禁止規制の除外、成年後見制度               | 35 |
| 10 | 交通機関の割引制度<br>ＪＲ旅客運賃の割引、タクシー運賃の割引、タクシー料金助成、有料道路通行料の割引、バス運賃の割引、国内航空運賃の割引、福祉有償運送                    | 37 |
| 11 | 税の減免等<br>所得税・住民税の控除、相続税の控除、贈与税の控除、自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免                                           | 39 |
| 12 | その他の減免等<br>ＮＨＫ放送受信料の減免、ごみ処理手数料の減免、携帯電話料金の割引                                                      | 44 |
| 13 | 選挙制度<br>郵便等による不在者投票制度                                                                            | 45 |
| 14 | 身体障害者障害程度等等級表                                                                                    | 46 |
| 15 | 事業所等<br>福祉タクシー利用券契約事業所、移動支援事業契約事業所、日中一時支援事業契約事業所、地域活動支援センター                                      | 52 |

# 【障がい程度別該当制度一覧表】

|           |                   |       | 障害基礎年金 | 特別児童扶養手当 | 児童扶養手当 | 特別障害者手当 | 障害児福祉手当 | 在宅重度障害者福祉手当 | 重度心身障害者医療費※ | 育成医療 | 更生医療 | 精神通院 | 補装具        | 日常生活用具 | タクシー料金の助成 | タクシー料金一割引 | JR運賃の割引 | 有料道路の割引 | 国内航空運賃の割引 | 税金の控除・減免   | 自動車税の減免 | NHK放送受信料減免 | 介護給付費・訓練給付費 | 移動支援 | 日中一時支援 | 訪問入浴サービス | 手話通訳者の派遣 | 自動車改造の助成 |
|-----------|-------------------|-------|--------|----------|--------|---------|---------|-------------|-------------|------|------|------|------------|--------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|------------|---------|------------|-------------|------|--------|----------|----------|----------|
| 3頁        | 身体障害者手帳（等級の説明44頁） | 肢体不自由 | 1級     | ○        | △      | △       | △       | △           | △           | ○    | △    |      | 本文を御参照ください | ○      | ○         | ○         | ○       | ○       | ○         | 本文を御参照ください | ○       | ○          | △           |      | △      |          |          |          |
|           |                   |       | 2級     | ○        | △      | △       | △       | △           | △           | ○    | △    |      |            | ○      | ○         | ○         | ○       | ○       | ○         |            | ○       | ○          | ○           | △    |        | △        |          |          |
|           |                   |       | 3級     | ○        |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | ○         |            | ○       | ○          |             | ○    | ○      | △        |          |          |
|           |                   |       | 4級     | △        |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | ○         |            | ○       | ○          |             | ○    | ○      | △        |          |          |
|           |                   |       | 5級     |          |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | ○         |            | ○       | ○          |             | ○    | ○      | △        |          |          |
|           |                   |       | 6級     |          |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            |             | ○    | ○      | △        |          |          |
|           |                   | 視覚障がい | 1級     | ○        | △      | △       | △       |             | △           | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   |       | 2級     | ○        | △      |         | △       |             | △           | ○    | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   |       | 3級     | ○        |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           |           | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   |       | 4級     |          |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           |           | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   |       | 5級     |          |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           |           | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   |       | 6級     |          |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           |           | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           | 聴覚又は平衡機能障がい       | 2級    | ○      | △        | △      | △       |         | △           | ○           | △    |      |      |            |        | ○         | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           |                   | 3級    | ○      |          |        |         |         |             | ○           | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           |                   | 4級    |        |          |        |         |         |             | ○           | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           |                   | 5級    |        |          |        |         |         |             | ○           | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           |                   | 6級    |        |          |        |         |         |             | ○           | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           |                   | 音声言語  | 3級     | ○        |        |         |         |             |             | ○    | △    |      |            |        |           |           | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          | △        |          |
|           | 4級                |       |        |          |        |         |         |             | ○           | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           | 5級                |       |        |          |        |         |         |             |             | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        | △        |          |          |
|           | 内部障がい             |       | 1級     | ○        | △      | △       | △       |             | △           |      | △    |      |            |        |           | ○         | ○       | ○       | △         |            | ○       | △          |             | ○    | ○      |          |          |          |
|           |                   | 2級    | ○      | △        | △      | △       |         | △           |             | △    |      |      |            |        | ○         | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        |          |          |          |
|           |                   | 3級    | ○      |          |        |         |         |             |             | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        |          |          |          |
|           |                   | 4級    |        |          |        |         |         |             |             | △    |      |      |            |        |           | ○         | ○       | △       | ○         |            | △       |            | ○           | ○    |        |          |          |          |
| 4頁療育手帳    | 知的障がい             | ㊦     | ○      |          | △      | △       | ○       | △           |             |      |      |      |            | ○      | ○         | ○         | △       | ○       | △         |            | ○       | ○          |             | △    |        |          |          |          |
|           |                   | A     | ○      |          |        |         | ○       | △           |             |      |      |      |            | ○      | ○         | ○         | △       | ○       | △         |            | ○       | ○          |             | △    |        |          |          |          |
|           |                   | Bの1   | △      |          |        |         |         |             |             |      |      |      |            |        | ○         |           | △       | ○       | △         |            | ○       | ○          |             | △    |        |          |          |          |
|           |                   | Bの2   | △      |          |        |         |         |             |             |      |      |      |            |        | ○         |           | △       | ○       | △         |            | ○       | ○          |             | △    |        |          |          |          |
| 5頁精神障害者手帳 | 精神障がい             | 1級    |        |          | △      | △       |         |             |             |      |      | ○    |            | ○      |           |           |         |         |           | △          |         | ○          | ○           |      |        |          |          |          |
|           |                   | 2級    |        |          |        |         |         |             |             |      |      |      | ○          |        | ○         |           |         |         | △         |            | ○       | ○          |             |      |        |          |          |          |
|           |                   | 3級    |        |          |        |         |         |             |             |      |      |      | ○          |        |           |           |         |         | △         |            | ○       | ○          |             |      |        |          |          |          |

○印はおおむね該当 △印は一部該当（標記はあくまで目安なので、詳細は担当職員に御確認願います。）  
 ※65歳以上で新たに助成対象の障害者手帳が交付された方は、対象外となります。

# 【 相談窓口 】

## 《 大網白里市 社会福祉課 障がい福祉班 》

障害者手帳の受付や交付、手当や医療費助成等の各種給付、障がい福祉サービス等の障がいに関する相談等を行っています。

- 所在地 大網白里市大網 1 1 5 番地 2  
電 話 0 4 7 5 - 7 0 - 0 3 3 7

### ※手話通訳者の設置

社会福祉課の窓口に通 2 日手話通訳者を設置しています。

設置日時 月曜日・木曜日の 9 時から 1 7 時まで

## 《 千葉県中央障害者相談センター 》

1 8 歳以上の身体障がい者（補装具・更生医療）・知的障がい者（療育手帳）を対象に、医師や各種専門職が医学的・心理学的判定や相談等を行っています。

- 所在地 千葉市緑区誉田町 1 - 4 5 - 2（千葉県リハビリテーションセンター内）  
電 話 0 4 3 - 2 9 1 - 6 8 7 2

## 《 千葉県東上総児童相談所 》

心身障がい児の医療・心理・教育的診断の他、児童に関するあらゆる問題について相談等を行っています。

- ※ 障がい児入所施設の利用に係る障害児入所給付費の支給決定や措置を行います。

- 所在地 茂原市高師 3 0 0 7 - 6  
電 話 0 4 7 5 - 2 7 - 1 7 3 3

## 《 千葉県山武健康福祉センター 》

精神保健福祉や難病等に関する相談や支援を行っています。

- 所在地 東金市東金 9 0 7 - 1  
電 話 0 4 7 5 - 5 4 - 0 6 1 1

## 《 千葉県精神保健福祉センター 》

心の健康について悩みがある、医療機関や相談機関の情報を知りたい等、心の健康に関する相談を受けています。

- 所在地 千葉市美浜区豊砂 6-1  
電 話 043-307-3360（電話相談 直通専用回線）

## 《 千葉県発達障害者支援センター（C A S） 》

自閉症、アスペルガー症候群、学習障がい（L D）、注意欠陥多動性障がい（A D H D）等の発達障がいの方々とご家族が、安心して地域で暮らしていくことができるよう支援をしています。

- 所在地 千葉市中央区亥鼻 2-9-3  
電 話 043-227-8557

## 《 中核地域生活支援センター さんネット 》

子ども、障がい者、高齢者等誰もがありのままにその人らしく地域で暮らすことができる地域社会を実現するために、多様な相談に対して、24時間365日体制で、総合的な対応を行う地域福祉のセーフティネットとして広域的、高度な専門性をもった寄り添い支援を行います。

- 所在地 山武市津辺 171-1  
電 話 0475-77-7531

## 《 障がい者就業・生活支援センター 山武ブリオ 》

障がいのある方の職業的自立を実現するために身近な地域で就職面と生活面の支援を一体的に行い、公共職業安定所等の関係機関と連携をしながら障がいのある方の就業及びそれに伴う生活に関する指導・助言・職業準備訓練の斡旋等を行います。

- 所在地 大網白里市細草 3215-19  
電 話 0475-71-3111

## 《 山武郡市障がい者基幹相談支援センター さんサポ 》

障がいのある方が安心して生活できるよう、ご本人、ご家族、関係機関の方などから困りごとや希望をうかがい、解決に向けて一緒に考え、情報提供や適切な機関への紹介を行う総合相談窓口です。

- 所在地 東金市南上宿 41番地 8  
電 話 0475-86-6474

# 【 障害者手帳 】

## 《 身体障害者手帳 》

- 対象者 視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・肢体不自由・心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓・免疫機能のため、日常生活に著しく制限を受けている方
- 内 容 身体に障がいのある方が、様々な福祉サービスを利用するために必要な手帳です。障がいの程度により、1級から6級までの等級があります（詳しくは、46～51ページを参照してください。）。
- 申 請 必要書類等
  - (1) 身体障害者手帳交付申請書
  - (2) 指定医の診断書（所定の様式がございます）
  - (3) 写真（たて4cm×よこ3cm）
  - (4) 印鑑
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

# 《療育手帳》

■対象者 東上総児童相談所又は千葉県中央障害者相談センターにおいて知的障がいと判定された方

■内 容 知的障がいのある方が、様々な福祉サービスを利用するために必要な手帳です。障がいの程度により、㉠の1からBの2までの等級があります。

■申 請 必要書類等  
 (1) 療育手帳交付申請書  
 (2) 写真（たて4cm×よこ3cm）  
 (3) 印鑑

■留意点 ・ 18歳未満の方  
 東上総児童相談所で判定を行います。面接等の連絡は東上総児童相談所から保護者に連絡があります。  
 ・ 18歳以上の方  
 千葉県中央障害者相談センターで判定を行います。社会福祉課の窓口で本人・保護者に生育歴等に関する聞き取りを行い、後日千葉県中央障害者相談センターで面接判定を行います。  
 面接等については、社会福祉課から連絡をします。

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## ※ 千葉県における療育手帳の障がい程度の基準（18歳以上）

| 障がい程度       |     | 判 定 の 基 準                                                                                                   |
|-------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最<br>重<br>度 | ㉠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                                                       |
| 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以下の者で視覚障がい、聴覚障がい、肢体不自由を有し、身体障害者福祉法に基づく障がい等級が1級、2級又は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 》

■対象者 精神障がいのために長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方

■内 容 精神に障がいのある方が、様々な福祉サービスを利用するために必要な手帳です。障がいの程度により、１級から３級までの等級があります。

■申 請 必要書類等

申請方法は「診断書による申請」と「年金証書による申請」の２通りがあります。

| 必 要 書 類 等       | 診断書による申請 | 年金証書による申請 |
|-----------------|----------|-----------|
| 障害者手帳申請書        | ○        | ○         |
| 診断書（手帳用）        | ○        | —         |
| 年金証書の写し         | —        | ○         |
| 年金振込通知書の写し      | —        | ○         |
| 年金照会に関する同意書     | —        | ○         |
| 写真（たて4cm×よこ3cm） | ○        | ○         |

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## ※ 精神障害者保健福祉手帳の障がい程度

| 障害等級 | 精 神 障 害 の 状 態                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------|
| １級   | 精神障がいであって、日常生活の用を弁ずること不能ならしめる程度の者                                |
| ２級   | 精神障がいであって、日常生活が著しく制限を受けるか、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者           |
| ３級   | 精神障がいであって、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者 |

# 【 年 金 】

## 《 障害基礎年金（国民年金法によるもの） 》

■対象者 国民年金法の障害等級が1級又は2級で、次のいずれかに該当する方

※ 65歳前に初診日があり、老齢基礎年金を繰り上げ支給していない方に限ります。

○ 国民年金の被保険者（もしくは60歳以上65歳未満で国内在住）期間中に初診日があり、保険料納付要件を満たしている方が、初診日から1年6か月を経過した時や治癒したときに、同法に定める障がいが残った場合

○ 20歳前に初診日のある病気やけがが原因で、同法に定める障がいの程度に該当する方が20歳を過ぎた場合

■内 容      1級    977, 125円（年額）  
                 2級    781, 700円（年額）

■窓 口      市民課    高齢者医療年金班    電話    0475-70-0336

## 《 障害厚生年金・障害手当金（厚生年金保険法によるもの） 》

■対象者      初診日に厚生年金に加入しており、病気やケガで障がい者となり、同法に定める障害が残った方

■ 内 容

|        |                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 障害厚生年金 | 障がいの程度により、1級から3級までに分かれます。<br>・ 1級又は2級    障害基礎年金に上乗せ支給<br>・ 3級    厚生年金保険が独自に支給 |
| 障害手当金  | 障害厚生年金が支給される障がい程度よりも軽い場合に一時金として支給されます。                                        |

■窓 口      千葉年金事務所    電話    043-242-6320  
                 千葉年金事務所茂原分室    電話    0475-23-2530

## 《 国民年金保険料の法定免除 》

■対象者 次のいずれかに該当する国民年金の第1号被保険者は、届け出れば保険料が免除されます。

- (1) 障害基礎年金、厚生年金等の被用者年金の障害年金（2級以上）を受けている方
- (2) 生活保護法による「生活扶助」を受けている方
- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所等で療養している方

■内 容 免除理由該当日の属する月の前月分から免除理由消滅日の属する月までの期間は保険料の納付が免除される。

■窓 口 市民課 高齢者医療年金班 電話 0475-70-0336

## 《 千葉県心身障害者扶養年金制度 》

■対象者 障害者（児）を扶養している方

■内 容 障がいのある方を扶養している保護者が、毎月一定額の掛金を納めることにより、保護者に万が一のことがあった場合に障がいのある方に終身年金を支給します。

|       |                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入要件  | 次のいずれかに該当する方を扶養している保護者<br>① 身体障がい者：身体障害者手帳1級～3級<br>② 知的障がい者：療育手帳所持者<br>③ 精神又は身体に永続的な障がいがある方で、上記と同程度の障がいと認められる方 |
| 加入制限  | ・加入年度当初に65歳未満であること。<br>・特別な疾病や障がいがないこと。                                                                        |
| 掛 金 額 | 加入者の年齢により、1口月額9,300円～23,300円                                                                                   |
| 年 金 額 | 月額20,000円（※2口の場合は月額40,000円）                                                                                    |

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

# 【 手 当 】

## 《 特別児童扶養手当 》

- 対象者      在宅で障がいのある児童（20歳未満）を監護する保護者又は養育者
- ・身体障害者手帳    おおむね3級以上
  - ・療育手帳          おおむねBの1以上
  - ・精神障害者保健福祉手帳    おおむね2級以上
- ※手帳を有していても、認定には原則として診断書が必要となります。

■内 容

|       |                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------|
| 手 当 額 | 1 級      5 5, 3 5 0 円 （月額）<br>2 級      3 6, 8 6 0 円 （月額） |
| 支 給 月 | 4      ・      8      ・      1 1 月                        |
| 支給制限  | ・ 所得制限あり<br>・ 児童が施設入所した場合                                |

- 窓 口      社会福祉課    障がい福祉班    電話    0 4 7 5 － 7 0 － 0 3 3 7

## 《 障害児福祉手当 》

- 対象者      20歳未満の在宅で重度の障がいの状態にあるため、日常生活において常時介護を必要とする方
- ・ おおむね1級程度の重度の身体障がいを有する児童
  - ・ 最重度の知的障がいを有する児童（療育手帳○A相当）

■内 容

|       |                                                 |
|-------|-------------------------------------------------|
| 手 当 額 | 1 5, 6 9 0 円 （月額）                               |
| 支 給 月 | 2      ・      5      ・      8      ・      1 1 月 |
| 支給制限  | ・ 所得制限あり<br>・ 児童が施設入所した場合                       |

- 窓 口      社会福祉課    障がい福祉班    電話    0 4 7 5 － 7 0 － 0 3 3 7

## 《 特別障害者手当 》

- 対象者      20歳以上で著しく重度の障がいの状態にあるため、日常生活において常時特別な介護を必要とする方
- ・ 1級又は2級以上の異なる障がいが2つ以上重複（※）する方
  - ・ 最重度の知的障がい（療育手帳○Aの1相当）を有する方
- ※著しく重度の障がいの場合、単独で該当することもあります。

■内 容

|       |                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手 当 額 | 28,840円（月額）                                                                                           |
| 支 給 月 | 2 ・ 5 ・ 8 ・ 11月                                                                                       |
| 支給制限  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所得制限あり</li> <li>・ 施設入所した場合</li> <li>・ 3か月以上入院した場合</li> </ul> |

- 窓 口      社会福祉課   障がい福祉班   電話   0475－70－0337

## 《 大網白里市在宅重度障害者福祉手当 》

- 対象者      在宅の重度の知的障がい者、6か月以上ねたきりの身体障害者又はその介護者
- ・ Aの2以上の重度知的障がいのある方
  - ・ 20歳以上65歳未満で重度の身体障がいがあり、寝たきり状態の方

■内 容

|       |                                                                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手 当 額 | 8,650円（月額）                                                                                                                                                        |
| 支 給 月 | 4 ・ 8 ・ 12月                                                                                                                                                       |
| 支給制限  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所得制限あり</li> <li>・ 介護保険を利用している場合</li> <li>・ 施設入所した場合</li> <li>・ 3か月以上入院した場合</li> <li>・ 特別障害者手当等、他の手当の支給を開始した場合</li> </ul> |

- 窓 口      社会福祉課   障がい福祉班   電話   0475－70－0337

## 《 重度心身障害者医療費助成制度 》

- 対象者 国民健康保険、各社会保険、後期高齢者医療制度の被保険者又は被養者で、次のいずれかに該当する方
- ・ 身体障がい者：身体障害者手帳１級、２級
  - ・ 知的障がい者：療育手帳(A)の１、(A)の２、(A)、Aの１、Aの２
  - ・ 精神障がい者：精神障害者保健福祉手帳１級
- ※ ６５歳以上で新たに重度の障がい者の認定を受けた方は、対象外となります。

- 内 容
- ・ 病院や薬局等の医療機関で診断を受けた場合に保険診療の範囲内で医療費の自己負担分についての助成を行います（入院時の食事療養費等は支給対象外となります。）。
  - ・ 所得による制限があります。

### ■助成方法

#### 現物給付方式

受給資格の認定を受けた方に交付する「重度障害者医療費助成受給券」を受診の際に健康保険証と一緒に医療機関等の窓口で提示していただくと、通院１回／入院１日につき、下記の自己負担で診療が受けられます。

| 区分 | 課税   | 非課税 |
|----|------|-----|
| 通院 | ３００円 | 無料  |
| 入院 | ３００円 | 無料  |
| 調剤 | 無料   |     |

#### 償還払い方式

千葉県外の医療機関を受診した場合や、受給券を提示せずに医療機関を受診された場合は、一旦医療機関の窓口で健康保険の自己負担分をお支払いください。後日、「重度心身障害者医療費助成申請書」に医療機関で発行された領収書を添付のうえ提出していただくと、その内容を審査したうえで自己負担された額を指定口座に振り込みます。

- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## 《 後期高齢者医療制度の障がい認定 》

- 対象者
- ・ 身体障害者手帳 1 級～ 3 級
  - ・ 身体障害者手帳 4 級の一部  
（音声、言語、そしゃく機能、下肢 1・3・4 号）
  - ・ 療育手帳(A)の 1、(A)の 2、A の 1、A の 2
  - ・ 精神障害者保健福祉手帳 1 級、2 級
  - ・ 身体障がい、知的障がい又は精神障がいの理由の障害年金 1 級、2 級  
（労災、船員保険法は、障害年金 1 級～ 4 級）
- 内 容      上記の要件に該当する障がい程度にある 65 歳以上 75 歳未満の方は、後期高齢者医療制度に加入でき、所得の状況に応じて 1 割又は 3 割の自己負担で医療を受けることができます。
- 窓 口      市民課   高齢者医療年金班   電話   0475－70－0336

## 《 特定疾病療養受療証 》

- 対象者
- ・ 人工透析を行う必要のある慢性腎不全
  - ・ 血友病
  - ・ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
- 内 容      療養に要する期間が長く高額な治療を継続して受けなければならない病気の場合は、毎月の自己負担額が 1 万円又は 2 万円までとなります。
- 窓 口
- ・ 国民健康保険加入者  
市民課 国保班 電話 0475－70－0334
  - ・ 後期高齢者医療加入者  
市民課 高齢者医療年金班 電話 0475－70－0336
  - ・ 社会保険加入者  
加入している健康保険組合にお問い合わせください。

## 《 更生医療（１８歳以上）／育成医療（１８歳未満） 》

■対象者 身体障害者（児）

■内 容

- ・ 障がいの軽減、進行の防止、機能の回復のために治療を行う場合に医療費の一部を公費負担する制度です。
- ・ 心臓手術、人工透析療法、腎臓移植術、抗HⅠV療法、人工関節置換術、肝臓移植術等の医療が対象となります。

■申 請 必要書類等

- (1) 申請書
- (2) 医師意見書
- (3) 健康保険証
- (4) 印鑑
- (5) 身体障害者手帳（※更生医療のみ）

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## 《 精神通院医療 》

■対象者 通院による精神疾患の治療を受けている方

■内 容

- ・ 精神疾患のため継続して通院医療による治療を行う場合に医療費の一部を公費負担する制度です。
- ・ 有効期限は１年間で、２年ごとに診断書の提出が必要となります。
- ・ 更新の手続きは有効期限の終了する３か月前から可能です。

■申 請 必要書類等

- (1) 申請書
- (2) 医師意見書
- (3) 健康保険証
- (4) 印鑑

※ 精神障害者保健福祉手帳と精神通院医療の同時申請を行う場合は、両方の必要書類を持参してください。なお、手帳用の診断書で申請する場合は、医療用の診断書は不要です。

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## 自立支援医療 共通事項

- ・ 費用は、基本的に 1 割の定率負担となります。
- ※ ただし、所得水準等に応じて 1 か月当たりの上限月額を設定しています。低所得の方だけではなく、一定の負担能力があっても「重度かつ継続」に該当する方は 1 か月当たりの上限月額を設定できる場合があります（経過的特例措置あり。）。

### ※「重度かつ継続」の対象範囲

- ① 更生医療・育成医療  
腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、  
心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、  
肝臓機能障害（肝臓移植の抗免疫療法に限る）
- ② 精神通院医療  
統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）などの方。  
または 3 年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された方
- ③ 医療保険の高額療養費で多数該当の方

### 【負担上限額の早見表】

| ← 一定所得以下 → |                  |                  | ← 中間的な所得 →        |                   | 一定所得以上            |
|------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 生保         | 低所得 1            | 低所得 2            | 中間所得 1            | 中間所得 2            | 一定以上              |
| 0 円        | 負担上限額<br>2,500 円 | 負担上限額<br>5,000 円 | 負担上限額<br>医療保険の限度額 | 負担上限額<br>医療保険の限度額 | 対象外               |
|            |                  |                  | ( 重 度 か つ 継 続 )   |                   |                   |
|            |                  |                  | 負担上限額<br>5,000 円  | 負担上限額<br>10,000 円 | 負担上限額<br>20,000 円 |

※ 色がついている部分の自己負担額は、1 割負担となります。

## 《 指定難病医療費助成制度 》

- 対象者 国が指定した難病に罹患し、認定基準を満たした方
- 内 容 指定難病の患者が指定医療機関で医療を受けたときに保険診療の範囲内で自己負担の一部を助成します。
- 窓 口 山武健康福祉センター 電話 ０４７５－５４－０６１１

※ 難病等の方々が障がい福祉サービス等の対象となります。

難病等の方々で対象疾病に該当する方は、身体障害者手帳の所持の有無にかかわらず、必要と認められた障がい福祉サービス等の利用が可能となります。

【対象となるサービス】

障がい福祉サービス、障害児通所支援、日常生活用具、補装具 等

## 《 小児慢性特定疾病医療費助成制度 》

- 対象者 国が指定した対象疾病に該当し、認定基準を満たした１８歳未満の方
- 内 容 指定医療機関で小児慢性特定疾病の診療に係るが医療を受けたときに保険診療の範囲内で自己負担の一部を助成します。
- 窓 口 山武健康福祉センター 電話 ０４７５－５４－０６１１

# 【 障害者総合支援法・児童福祉法 】

## 《 障がい福祉サービス 》

■対象者 身体障がい者（児）、知的障がい者（児）、精神障がい者（児）、発達障がい者（児）、難病の方

※ 介護保険のサービスが利用できる方は、介護保険が優先です。

■内 容 障害者総合支援法に基づき個別にサービスの支給決定を行います。  
利用を希望される方の心身の状況や介護者の状況等を総合的に勘案してサービス利用の可否やサービス量の決定を行います。

■利用負担 ・ 費用は、基本的に1割の定率負担となります。  
※ サービスを利用する方の収入や世帯の市民税課税状況等により、1か月に負担する費用の上限額が定められます。  
※障害福祉サービス・障害児通所支援・補装具・介護保険などのサービスを併用し、一か月の自己負担額の合計が基準額を超えたときに、超過分の金額を償還する制度（高額障害福祉サービス等給付費）があります。

### ◆所得を判断する際の世帯の範囲

| 種 別                                | 世 帯 の 範 囲         |
|------------------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障がい者<br>（施設に入所する18歳、19歳を除く。） | 障がいのある方とその配偶者     |
| 障がい児<br>（施設に入所する18歳、19歳を含む。）       | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

### ◆月額負担上限額表

| 区 分  | 世帯の収入状況                                                                           | 負担上限額                                                  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                                                          | 0円                                                     |
| 低所得  | 市民税非課税世帯                                                                          | 0円                                                     |
| 一般1  | 市民税課税世帯<br>・ 障がい者は、所得割16万円未満<br>・ 障がい児は、所得割28万円未満<br>※ 20歳以上の施設入所者とグループホーム利用者を除く。 | ※障がい者又は20歳未満の施設入所者<br>9,300円<br>※施設入所以外の障がい児<br>4,600円 |
| 一般2  | 市民税課税世帯<br>※ 上記の一般1に該当する方を除く。                                                     | 37,200円                                                |

## ■ サービス等の種類

### 【介護給付】

| 種 類         | 内 容                                                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 居 宅 介 護     | 自宅で入浴・排泄・食事等の介護などを行います。                                                                |
| 重 度 訪 問 介 護 | 自宅で入浴・排泄・食事等の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。<br>※ 重度の肢体不自由又は行動上著しい困難を有する重度の知的障がい・精神障がい者のみ対象 |
| 同 行 援 護     | 視覚障がいのある方の外出時の移動時において必要な視覚情報を提供するとともに、移動時の援護や食事・排泄等の介護、その他外出時に必要な支援を行います。              |
| 行 動 援 護     | 自己判断能力が制限されている方が行動する時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。<br>※ 行動上著しい困難を有する重度の知的障がい・精神障がい者のみ対象  |
| 療 養 介 護     | 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。<br>※ 医療を要する常時介護を要する方のみ対象                        |
| 生 活 介 護     | 昼間に入浴、排泄、食事等の介護を行うとともに、創造的活動又は生産活動の機会を提供します。                                           |
| 短 期 入 所     | 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で入浴、排泄、食事の介護等を行います。                                       |
| 重度障害者等包括支援  | 居宅介護等の複数のサービスを包括的にを行います。<br>※ 介護の必要性が著しく高い方のみ対象                                        |
| 施 設 入 所 支 援 | 施設に入所する方に夜間や休日、入浴、排泄、食事等を行います。                                                         |

### 【訓練等給付】

| 種 類                      | 内 容                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 自 立 訓 練<br>(機能訓練・生活訓練)   | 自立した日常生活又は社会生活ができるように一定期間、身体機能又は生活能力の向上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方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・B 型) | 一般企業等での就労が困難な方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              | 就労移行支援等の利用を経て一般就労へ移行した方に一定期間、本人との相談を通じて生活面の課題を把握するとともに、企業や関係機関等との連絡調整等を行います。 |
| 共 同 生 活 援 助              | 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。                                           |
| 自 立 生 活 援 助              | 施設やグループホーム等から一人暮らしへ移行を希望される方に対し、一定期間に渡って定期的な巡回訪問等を行い、円滑な地域生活に向けた相談や助言等を行います。 |

## 【地域相談支援給付】

| 種 類         | 内 容                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------|
| 地 域 移 行 支 援 | 施設や病院等に入所又は入院している方に対し、住居の確保など、地域における生活へ移行するために必要な支援や相談を行います。 |
| 地 域 定 着 支 援 | 居宅において単身等で生活している方を常時の連絡体制を確保し、緊急時に訪問等の必要な支援を行います。            |

## 【計画相談支援給付・障害児相談支援給付】

| 種 類           | 内 容                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------|
| 計 画 相 談 支 援   | 障がい福祉サービス等を申請した方について、その方が抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて利用計画の作成を行います。 |
| 障 害 児 相 談 支 援 | 障害児通所支援を申請した方について、その方が抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて利用計画の作成を行います。    |

## 【近隣の相談支援事業所】

| No. | 実 施 事 業 者          | 住 所                          | 電話番号          |
|-----|--------------------|------------------------------|---------------|
| 1   | パンプキンハウス           | 大網白里市細草 3 2 2 1 - 4          | 0475-77-6511  |
| 2   | 居宅介護支援事業所<br>かきつばた | 大網白里市南横川 1 7 2 6 - 6         | 0475-53-6161  |
| 3   | マリン・ハウス            | 大網白里市南今泉 4 8 3 2 - 7         | 0475-77-1066  |
| 4   | 相談支援事業所<br>ひまわり    | 大網白里市南今泉 1 0 6 0             | 080-7299-5858 |
| 5   | 相談支援事業所<br>ふたば     | 大網白里市大網 5 0 0 2 - 6 4        | 080-5347-5092 |
| 6   | 相談支援事業所<br>ココナッツ   | 大網白里市<br>みどりが丘二丁目 5 - 5      | 070-9117-5572 |
| 7   | 地域生活支援センター<br>ゆりの木 | 東金市東金 1 0 6 0 - 6    2 階     | 0475-50-4545  |
| 8   | 街かど福祉相談室<br>るると    | 東金市東金 4 2 5 - 2    1 階       | 0475-55-1611  |
| 9   | こどもプラス東金教室         | 東金市東新宿 1 8 - 1<br>酒造ビル 1 0 5 | 0475-77-8577  |
| 10  | 相談支援たけのこ           | 山武市真行寺 1 6 0 - 1             | 0475-78-5311  |

■窓 口      社会福祉課   障がい福祉班   電話   0 4 7 5 - 7 0 - 0 3 3 7

## 《 障害児通所支援 》

■対象者 身体障がい児、知的障がい児、精神障がい児、発達障がい児 等

■内 容 児童福祉法に基づき個別にサービスの支給決定を行います。利用を希望される方の心身の状況や介護者の状況等を総合的に勘案して、サービス利用の可否やサービス量の決定を行います。

※ 必ずしも障がい者手帳は必要ではありませんが、必要に応じて医師の意見書等を提出していただくことがあります。

### 【サービス内容】

| 種 類             | 対 象                                            | 内 容                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 児 童 発 達 支 援     | 未就学の障がい児                                       | 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集合生活への適応訓練等を行います。                    |
| 医療型児童発達支援       | 肢体不自由がある障がい児                                   | 児童発達支援及び治療を行います。                                               |
| 放課後等デイサービス      | 就学中の障がい児                                       | 授業の終了後や休業日に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。                   |
| 居宅訪問型児童発達支援     | 重度の障がいにより、児童発達支援等のサービスを受けるために外出することが著しく困難な障がい児 | 居宅を訪問、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の必要な支援を行います。        |
| 保 育 所 等 訪 問 支 援 | 保育所や幼稚園等の施設に通う障がい児                             | 保育所等を訪問し、障がい児に対して、障がい児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、その他必要な支援を行います。 |

※ 18歳未満の障がい児の入所サービスは、児童相談所が窓口となります。

- 利用負担
- ・ 費用は、基本的に 1 割の定率負担となります。
  - ※ ただし、世帯の市民税課税状況等により、1 か月に負担する費用の上限額が定められます。

◆所得を判断する際の世帯の範囲

| 種 別                         | 世 帯 の 範 囲         |
|-----------------------------|-------------------|
| 障がい児（施設に入所する 18 歳、19 歳を含む。） | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

◆月額負担上限額表

| 区 分  | 世帯の収入状況                        | 負担上限額                                           |
|------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                       | 0 円                                             |
| 低所得  | 市民税非課税世帯                       | 0 円                                             |
| 一般 1 | 市民税課税世帯<br>※ 障がい児は、所得割 28 万円未満 | ※ 20 歳未満の施設入所者 9,300 円<br>※ 施設入所以外の障がい児 4,600 円 |
| 一般 2 | 市民税課税世帯<br>※ 上記の一般 1 に該当する方を除く | 37,200 円                                        |

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 補装具 》

- 対象者 身体障がい者（児）、難病等の方  
 ※ 介護保険や医療保険等で給付が受けられる場合は、そちらが優先となります。

- 内 容
- ・ 身体障がい者（児）及び難病等の方の職業その他日常生活の能率の向上を図るために補装具費の支給を行います。
  - ・ 費用は、基本的に1割の定率負担となります。
- ※ ただし、世帯の市民税課税状況等により、1か月に負担する費用の上限額が定められます。なお、市民税所得割46万円以上の方がいる世帯は支給対象外となります。

| 区 分  | 世帯の収入状況  | 負担上限月額  |
|------|----------|---------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円      |
| 低所得  | 市民税非課税世帯 | 0円      |
| 一 般  | 市民税課税世帯  | 37,200円 |

- 手続き
- ・ 補装具の種類に応じて必要書類や手続きが異なります。
  - ・ 18歳以上の方は、基本的に千葉県中央障害者相談センターで判定が必要となります（下記の表を参照してください。）。
  - ・ 児童に関しては、医師の意見書に基づき必要性を市で審査します。

| 県                                                                                                  |                                                                                | 市                                                   |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 面接判定                                                                                               | 書類判定                                                                           | 医師意見書要                                              | 申請書のみ                                               |
| 障害者相談センターへ来所による判定                                                                                  | 障害者相談センターへ意見書による判定                                                             | 意見書による市の判断・審査                                       | 申請書による市の判断・審査                                       |
| ・ 義肢<br>・ 装具<br>・ 座位保持装置<br>・ 電動車椅子<br>・ 車椅子（オーダーメイド）<br>・ 補聴器<br>※意見書による書類判定も可能<br>・ 重度障害者用意思伝達装置 | ・ 電動車椅子<br>※同じ仕様の再交付で操作機能の変更等を伴わない場合<br>・ 重度障害者用意思伝達装置<br>※書類から必要性・操作性が確認できる場合 | ・ 眼鏡<br>・ 義眼<br>・ 車椅子<br>※手押し型A・B以外のレディメイド<br>・ 歩行器 | ・ 視覚障害者安全つえ<br>・ 車椅子<br>※手押し型A・Bのレディメイド<br>・ 歩行補助つえ |

# 【 地域生活支援事業 】

## 《 日常生活用具の給付 》

■対象者 身体障がい者(児)、知的障がい者(児)、精神障がい者(児)、難病の方  
 ※ 介護保険や医療保険等で給付が受けられる場合はそちらが優先となります。

■内 容 ・ 障がい者(児)等が日常生活の便宜を図るために日常生活用具費を支給します。  
 ・ 費用は、基本的に1割の定率負担となります。  
 ※ ただし、世帯の市民税課税状況等により、1か月に負担する費用の上限額が定められます。詳しくは16ページの《障がい福祉サービス》の利用負担を参照ください。なお、市民税所得割46万円以上の方がいる世帯は支給対象外となります。

### 【介護・訓練支援用具】

| 種目    | 障がい及び程度                            | 基準額<br>(円) | 備 考                                                | 耐用<br>年数 |
|-------|------------------------------------|------------|----------------------------------------------------|----------|
| 特殊寝台  | 下肢又は体幹機能障がい2級以上の身体障がい者             | 154,000    | 対象者の頭部又は脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの又は高さを調節できる機能を有するもの | 8年       |
|       | 【難病患者等】<br>寝たきりの状態にある者             |            |                                                    |          |
| 特殊マット | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(3歳以上18歳未満に限る。) | 19,600     | 褥瘡を防止し、又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの                | 5年       |
|       | 下肢又は体幹機能障がい1級の身体障がい者               |            |                                                    |          |
|       | 重度又は最重度の知的障がい<br>(3歳以上の者に限る。)      |            |                                                    |          |
|       | 【難病患者等】<br>寝たきりの状態にある者             |            |                                                    |          |
| 特殊尿器  | 下肢又は体幹機能障がい1級<br>(学齢児以上の者に限る。)     | 67,000     | 尿が自動的に吸引されるもので、対象者又は介護者が容易に使用し得るもの                 | 5年       |
|       | 【難病患者等】<br>自力で排泄ができない者             |            |                                                    |          |
| 入浴担架  | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(3歳以上の者に限る。)    | 82,400     | 対象者を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの                        | 5年       |
| 体位変換器 | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(学齢児以上の者に限る。)   | 15,000     | 介助者が対象者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの                       | 5年       |
|       | 【難病患者等】<br>寝たきりの状態にある者             |            |                                                    |          |

| 種目     | 障がい及び程度                               | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                 | 耐用<br>年数 |
|--------|---------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 移動用リフト | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(3歳以上の者に限る。)       | 159,000    | 可動型又は据置型で、介護者が対象者を移動させるに当たって、容易に使用し得るもの(昇降座いすを含む。)。ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うもの及び階段昇降機を除く。 | 4年       |
|        | 【難病患者等】<br>下肢又は体幹機能に障がいのある者           |            |                                                                                     |          |
| 訓練いす   | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(3歳以上18歳未満に限る。)    | 33,100     | 原則として付属のテーブルをつけるもの                                                                  | 5年       |
| 訓練用ベッド | 下肢又は体幹機能障がい2級以上<br>(学齢児以上18歳未満の者に限る。) | 159,200    | 腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの                                                                 | 8年       |
|        | 【難病患者等】<br>下肢又は体幹機能に障がいのある者           |            |                                                                                     |          |

## 【自立生活訓練】

| 種目     | 障がい及び程度                                                             | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                                                                | 耐用<br>年数 |
|--------|---------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 入浴補助用具 | 下肢又は体幹機能障がい児・者であって入浴に介助を必要とする者<br>(3歳以上の者に限る。)                      | 90,000     | 入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。<br>※用具の種類が異なる場合は、最初の支給決定日から8年間で合計90,000円を上限とし、複数回申請できるものとする。 | 8年       |
|        | 【難病患者等】<br>入浴に介助を要する者                                               |            |                                                                                                                                    |          |
| 便座     | 下肢又は体幹機能障がい2級以上の身体障がい児(学齢児以上の者に限る。)又は身体障がい者又は常時介護を要する難病等患者で学齢児以上のもの | 23,100     | ポータブルトイレ又は補高便座(和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの又は洋式便器の上に置いて高さを補うもの)であって、対象者が容易に使用し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。                                | 8年       |
|        |                                                                     | 3,100      | 金属                                                                                                                                 |          |
|        |                                                                     | 3,400      | ラッカー使用                                                                                                                             |          |
|        |                                                                     | 4,400      | 夜光材使用                                                                                                                              |          |
|        |                                                                     | 4,600      | ラッカー・夜光材使用                                                                                                                         |          |

| 種目                                          | 障がい及び程度                                                                                                                        | 基準額<br>(円)                       | 備 考                                                                                                                                                                                                                    | 耐用<br>年数 |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 洗浄機能<br>付便座                                 | 上肢障がい2級以上の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者、重度又は最重度の知的障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は知的障がい者で訓練を行っても自ら排便後の処理が困難なもの又は上肢機能に著しい障がいを有する難病等患者で学齢児以上のもの | 108,200                          | 上置式（便器一体型を除く）であって、対象者が容易に使用し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。                                                                                                                                                              | 8年       |
| 歩行補助<br>つえ（Ｔ<br>字状また<br>は棒状の<br>つえ木<br>製）   | 平衡機能又は下肢又は体幹機能に障がいを有する身体障がい児（３歳以上の者に限る。）又は身体障がい者                                                                               | 2,300<br>2,500<br>3,500<br>3,800 | 主体<br>木材<br>ラッカー使用<br>夜光材使用<br>ラッカー・夜光材使用                                                                                                                                                                              | 3年       |
| 歩行補助<br>つえ（Ｔ<br>字状また<br>は棒状の<br>つえ軽金<br>属製） |                                                                                                                                | 3,100<br>3,400<br>4,400<br>4,600 | 主体<br>金属<br>ラッカー使用<br>夜光材使用<br>ラッカー・夜光材使用                                                                                                                                                                              |          |
| 移動・移<br>乗支援用<br>具                           | 平衡機能又は下肢又は体幹機能に障がいを有し、家庭内の移動等に介助を要する身体障がい児（３歳以上の者に限る。）又は身体障がい者又は下肢又は体幹機能に障がいを有し、歩行が困難な難病等患者であって３歳以上のもの                         | 60,000                           | 概ね次に掲げる性能を有する手すり、スロープ等であること。<br>ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。<br>(1) 対象者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの<br>(2) 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の機能を有するもの<br>※ 用具の種類が異なる場合は、最初の支給決定の日から８年間で合計 60,000 円を上限とし、複数回申請できるものとする。 | 8年       |
| 頭部保護帽<br>（精神・知的）                            | 精神障がい児又は精神障がい者又は重度又は最重度の知的障がい児又は知的障がい者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒するもの                                                                   | 12,200                           | 転倒の際に頭部を保護できるもの                                                                                                                                                                                                        | 3年       |

| 種目              | 障がい及び程度                                                                                                           | 基準額<br>(円)                     | 備 考                                                                                                                          | 耐用<br>年数 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 頭部保護帽<br>(身体) A | 平衡機能又は下肢又は体幹機能に障がいを有し、頻繁に転倒する身体障がい児又は身体障がい者（以下「身体障がい者（児）」という。）                                                    | (1)<br>15, 700                 | ヘルメット型で、転倒の際に頭部を保護できる性能を有するもの<br>(1) スポンジ、革を主材料としたもの<br>(2) スポンジ、革、プラスチックを主材料としたもの                                           | 3 年      |
| 頭部保護帽<br>(身体) B |                                                                                                                   | (2)<br>37, 900                 |                                                                                                                              |          |
| 火災警報機           | 障がい等級 2 級以上の身体障がい者（児）又は精神障がい児又は重度若しくは最重度の知的障がい児又は知的障がい者（以下「知的障がい者（児）」という。）で火災発生の感知及び避難が著しく困難な当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者 | 15, 500<br>(1 世帯につき 2 台を限度とする) | 室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの                                                                                    | 8 年      |
| 自動消火器           | 障がい等級 2 級以上の身体障がい者（児）又は精神障がい者（児）又は重度若しくは最重度の知的障がい者（児）又は難病患者等で火災発生の感知及び避難が著しく困難な当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者               | 28, 700                        | 室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの                                                                                     | 8 年      |
| 電磁調理器           | 視覚障がい 2 級以上の身体障がい者で当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者又は重度又は最重度の知的障がい者                                                           | 15, 000                        | 1 口式で、対象者が容易に使用し得るもの                                                                                                         | 6 年      |
| 歩行時間延長信号機用小型送信機 | 視覚障がい 2 級以上の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者                                                                           | 7, 000                         | 対象者が容易に使用し得るもの                                                                                                               | 10 年     |
| 聴覚障がい者用屋内信号装置   | 聴覚障がい 2 級以上の身体障がい者で当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者                                                                           | 87, 400                        | 音等を視覚、触覚等により知覚できるもの（サウンドマスタ一、聴覚障がい者用目覚時計及び聴覚障がい者用屋内信号灯を含む。）<br>※ 用途が異なる場合は、最初の支給決定日から 10 年間で合計 87, 400 円を上限とし、複数回申請できるものとする。 | 10 年     |

# 【在宅療養等支援用具】

| 種目                       | 障がい及び程度                                                                                                                        | 基準額<br>(円)                             | 備 考                                         | 耐用<br>年数 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| 透析液加温器                   | 腎臓機能障がい３級以上の身体障がい児（３歳以上の者に限る。）又は身体障がい者で自己連続携帯式腹膜灌流法（ＣＡＰＤ）により透析療法を行うもの                                                          | 51,500                                 | 透析液を加温し、一定温度に保つもの                           | ５年       |
| ネブライザー（吸入器）              | 呼吸器機能障がい３級以上若しくは同程度の身体障がい者（児）（身体障害者手帳３級以上で医師の意見書により必要が認められるもの）又は呼吸器機能に障がいがあると認められる難病等患者（当該者が学齢児未満の場合は、医師の意見書により必要が認められるものに限る。） | 36,000                                 | 対象者が容易に使用し得るもの                              | ５年       |
| 電気式たん吸引器                 | 呼吸器機能障がい３級以上又は同程度の身体障がい者（児）（身体障害者手帳３級以上で医師の意見書により必要が認められるもの）又は呼吸器機能に障がいがあると認められる難病等患者（当該者が学齢児未満の場合は、医師の意見書により必要が認められるものに限る。）   | 56,400<br>※ネブライザーとの両用器については、<br>72,500 | 対象者が容易に使用し得るもの                              | ５年       |
| 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身体障がい者                                                                                                        | 17,000                                 | 対象者が容易に使用し得るもの                              | 10年      |
| 盲人用体温計（音声式）              | 視覚障がい２級以上の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者で当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者                                                                     | 9,000                                  | 対象者が容易に使用し得るもの                              | ５年       |
| 盲人用体重計                   | 視覚障がい２級以上の身体障がい者で当該者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の者                                                                                          | 18,000                                 | 対象者が容易に使用し得るもの                              | ５年       |
| 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | 人工呼吸器の装着が必要な難病患者等                                                                                                              | 157,500                                | 呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、対象者が容易に使用し得るもの | ５年       |

【情報・意思疎通支援用具】

| 種目                                                                | 障がい及び程度                                                                                                                             | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                                        | 耐用<br>年数 |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 携帯用会話<br>補助装置                                                     | 音声機能若しくは言語機能障<br>がい又は肢体不自由で発声・<br>発語に著しい障がいを有する<br>身体障がい児（学齢児以上の<br>者に限る。）又は身体障がい<br>者                                              | 98,800     | 携帯式で、言葉を音声又は文章<br>に変換する機能を有し、対象者<br>が容易に使用し得るもの                                                            | 5年       |
| 情報・通信<br>支援用具                                                     | 視覚障がい又は上肢機能障が<br>い2級以上の身体障がい児<br>（学齢児以上の者に限る。）<br>又は身体障がい者                                                                          | 100,000    | パーソナルコンピュータ周辺機<br>器及びアプリケーションソフト<br>※用具の種類が異なる場合は、<br>最初の支給決定日から5年間で<br>合計100,000円を上限とし、複<br>数回申請できるものとする。 | 5年       |
| 点字ディス<br>プレイ                                                      | 視覚障がいかつ聴覚障がいの<br>重度重複障がい（原則として<br>視覚障がい2級以上かつ聴覚<br>障がい2級）を有する身体障<br>がい者が必要と認められるも<br>の又は視覚障がい2級以上の<br>身体障がい者で学校教育上特<br>に本装置を必要とするもの | 250,000    | 文字等のコンピュータの画面情<br>報を点字等により示すことの<br>できるもの                                                                   | 6年       |
| 点字器（標<br>準型）                                                      | 視覚障がいを有する身体障が<br>い児（学齢児以上の者に限<br>る。）又は身体障がい者であ<br>って、点字を習得しているも<br>の                                                                | 10,700     | 32マス18行 両面書真鍮（し<br>んちゅう）板製（点筆含む。）                                                                          | 7年       |
|                                                                   |                                                                                                                                     | 6,800      | 32マス18行 両面書プラスチ<br>ック製（点筆含む。）                                                                              |          |
| 点字器（携<br>帯用）                                                      |                                                                                                                                     | 7,400      | 32マス4行 片面書アルミウ<br>ム製（点筆含む。）                                                                                | 5年       |
|                                                                   |                                                                                                                                     | 1,700      | 32マス12行 片面書プラスチ<br>ック製（点筆含む。）                                                                              |          |
| 点字タイブ<br>ライター                                                     | 視覚障がい2級以上の身体障<br>がい者（児）であって、就学<br>又は就労しているもの又は就<br>労が見込まれるもの（学齢児<br>以上の者に限る。）                                                       | 63,100     | 対象者が容易に使用し得るもの                                                                                             | 5年       |
| 視覚障がい<br>者用ポータ<br>ブルレコー<br>ダー（録音<br>再生機）<br>※再生専用<br>機との重複<br>は不可 | 視覚障がい2級以上の身体障<br>がい児（学齢児以上の者に限<br>る。）又は身体障がい者                                                                                       | 85,000     | 音声等により操作ボタンが知覚<br>又は認識でき、かつ、D A I S<br>Y方式による録音及び当該方式<br>により記録された図書の再生が<br>可能な製品であって、対象者が<br>容易に使用し得るもの    | 6年       |

| 種目                                        | 障がい及び程度                                                           | 基準額<br>(円)                                      | 備 考                                                                                             | 耐用<br>年数 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 視覚障がい者用ポータブルレコーダー（再生専用機）<br>※録音再生機との重複は不可 | 視覚障がい２級以上の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者                             | 35,000                                          | 音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、ＤＡＩＳＹ方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、対象者が容易に使用し得るもの                           | 6年       |
| 視覚障がい者用活字文書読上げ装置                          | 視覚障がい２級以上の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者                             | 99,800                                          | 文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、対象者が容易に使用し得るもの                       | 6年       |
| 視覚障がい者用拡大読書器                              | 視覚障がい有する身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は身体障がい者であって、本装置の使用により文字等を読むことが可能になるもの | 198,000                                         | 画像入力装置を読みたいもの（印刷物等）の上に置くことで、簡単に拡大された画像（文字等）をモニターに映し出せるもの                                        | 8年       |
| 盲人用時計                                     | 視覚障がい２級以上の身体障がい者                                                  | 触読式<br>10,300                                   | 対象者が容易に使用し得るもの                                                                                  | 10年      |
|                                           | 視覚障がい２級以上の身体障がい者であって、手指の触覚に障がいがある等のため触読式時計の使用が困難なもの               | 音声式<br>13,300                                   |                                                                                                 | 10年      |
| 点字図書                                      | 視覚障がい有する障がい児（学齢児以上の者に限る。）又は障害者であって、情報の入手を主に点字によっているもの             | 点字図書の購入価格に相当する額から当該点字図書に対応する一般図書の価格に相当する額を控除した額 | 点字により作成された図書（月刊、週刊等で発行される雑誌を除く。）（年間６タイトル又は２４巻を限度とする。ただし、辞書その他の一括して購入しなければならないものにあつては、この限りではない。） | —        |

| 種目                    | 障がい及び程度                                                                                                                            | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                                                                             | 耐用<br>年数 |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 聴覚障がい<br>者用通信装<br>置   | 聴覚障がいをする身体障がい<br>児（学齢児以上の者に限る。）<br>又は身体障がい者又は発声・発<br>語に著しい障がいをする者で<br>あって、コミュニケーション、<br>緊急連絡等の手段として必要と<br>認められるもの（学齢児以上の<br>者に限る。） | 20,000     | 一般の電話に接続することが<br>でき、音声の代わりに、文字<br>等により通信が可能な機器で<br>あり、対象者が容易に使用し<br>得るもの                                                                        | 5 年      |
| 聴覚障がい<br>者用情報受<br>信装置 | 聴覚障がいをする身体障がい<br>者（児）であって、本装置によ<br>りテレビの視聴が可能になるも<br>の                                                                             | 88,900     | 字幕及び手話通訳付きの聴覚<br>障がい者用番組並びにテレビ<br>番組に字幕及び手話通訳の映<br>像を合成したものを画面に出<br>力する機能を有し、かつ、災<br>害時の聴覚障がい児又は聴覚<br>障がい者向け緊急信号を受信<br>するもので、対象者が容易に<br>使用し得るもの | 6 年      |
| 人工喉頭<br>（笛式）          | 音声機能又は言語機能障がい<br>をする身体障がい者（児）であ<br>って、喉頭を摘出したもの                                                                                    | 5,100      | 呼気によりゴム等の膜を振動<br>させ、ビニール等の管を通じ<br>て音源を口腔内に導き構音化<br>するもの<br>※ 当該用具が気管カニュー<br>レ付きの場合は、3,200 円<br>を限度として必要な額を加<br>えるものとする。                         | 4 年      |
| 人工喉頭<br>（電動式）         |                                                                                                                                    | 72,200     | 顎下部等に当てた電動板を駆<br>動させ、経皮的に音源を口腔<br>内に導き構音化するもの                                                                                                   | 5 年      |

### 【排泄管理支援用具】

| 種目                  | 障がい及び程度                                           | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                                                                  | 耐用<br>年数 |
|---------------------|---------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ストーマ<br>装具（蓄<br>便袋） | ぼうこう又は直腸機能障がい<br>をする身体障がい者（児）であ<br>って、ストーマを造設したもの | 8,860      | 低刺激性の粘着剤を使用した<br>密封型又は下部開放型でラテ<br>ックス製又はプラスチックフ<br>ィルム製の収納袋（基準額に<br>1 か所当たりの皮膚の保護、<br>排泄物の漏れ防止、皮膚への<br>装具密着等のために使用する<br>用品を含む。）      | 1 か月     |
| ストーマ<br>装具（蓄<br>尿袋） | ぼうこう又は直腸機能障がい<br>をする身体障がい者（児）であ<br>って、ストーマを造設したもの | 11,640     | 低刺激性の粘着剤を使用した<br>密封型でラテックス製又はプ<br>ラスチックフィルム製の尿処<br>理用のキャップ付きの収納袋<br>（基準額に1 か所当たりの皮<br>膚の保護、排泄物の漏れ防<br>止、皮膚への装具密着等のた<br>めに使用する用品を含む。） | 1 か月     |

| 種目                                                    | 障がい及び程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 基準額<br>(円) | 備 考                                        | 耐用<br>年数 |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------|
| 紙おむつ等<br>(紙おむ<br>つ、洗腸用<br>具、サラ<br>シ・ガーゼ<br>等衛生用<br>品) | <p>ぼうこう又は直腸機能障がいをする身体障がい児（３歳以上の者に限る。）又は身体障がい者であって、次のいずれかの要件に該当するもの</p> <p>(1) 治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん又はストーマの変形のためストーマ装具を装着することができない者</p> <p>(2) 先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）に起因する神経障がいによる高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいのある者</p> <p>(3) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある者</p>                                                      | 12,000     | 紙おむつ、洗腸用具、サラシ・ガーゼ等衛生用品とする                  | 1 か月     |
|                                                       | <p>四肢又は体幹機能障がいをする身体障がい児（３歳以上の者に限る。）又は身体障がい者であって、脳性麻痺等脳原性運動機能障がい（３歳未満に発現した非進行性脳病変によるもので、脳炎、無酸素脳症等をいう。ただし、乳幼児期以後に発生した疾病等に起因する頭部外傷、脳血管障がいを除く。）又は福山型筋ジストロフィーで３歳未満に発症した脳障がいにより排尿又は排便の意思表示が困難な者で、次の全ての要件に該当するもの</p> <p>(1) 自力でトイレに行けないこと。</p> <p>(2) 自力で便座（排便補助具の使用を含む。）に座ることができないこと。</p> <p>(3) 介助による定時排泄をすることができないこと。</p> |            |                                            |          |
| 収尿器（男性用普通型）                                           | 下肢又は体幹機能障がい有する身体障がい者（児）であって、排泄障がいを伴うもの                                                                                                                                                                                                                                                                                | 7,900      | ラテックス製又はゴム製の採尿器及び蓄尿袋で構成し、尿の逆流防止装置が付いているもの  | 1 年      |
| 収尿器（男性用簡易型）                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5,800      |                                            |          |
| 収尿器（女性用普通型）                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8,700      | 耐久性のあるゴム製の採尿袋を有するもの                        |          |
| 収尿器（女性用簡易型）                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6,000      | ポリエチレン製の採尿袋導尿ゴム管付のもの<br>※採尿袋 20 枚を 1 組とする。 |          |

| 種目         | 障がい及び程度                                                                                                            | 基準額<br>(円) | 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 耐用<br>年数 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 居宅生活動作補助用具 | 下肢若しくは体幹機能障がい3級以上（洗浄機能付便座への取替えをする場合は、上肢障がい2級以上）の身体障がい児（学齢児以上の者に限る。）若しくは身体障がい者又は下肢若しくは体幹機能障がいを有する難病患者等であって、学齢児以上のもの | 200,000    | 次に掲げる居宅生活動作補助用具の購入費及び改修工事費<br>(1) 手すりの取り付け<br>(2) 段差の解消<br>(3) 滑り防止及び移動の円滑化等のための床又は路面の材料の変更<br>(4) 引き戸等への扉の取替え<br>(5) 様式便器等への便器の取替え<br>(6) その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修<br><br>（※1）改修箇所が異なる場合は、合計 200,000 円を上限とし、複数回申請できるものとする。<br><br>（※2）上記（※1）の改修後、なお下肢又は体幹機能障がい著しく悪化し再度住宅改修が必要と認められる場合、又は転居し住所が変わった場合は、新たに合計 200,000 円を上限とし、複数回申請できるものとする。 | —        |

※ 脳原生運動機能障がいは、表中の上肢・下肢又は体幹機能障がいに準じた取り扱いとする。

■窓 口      社会福祉課   障がい福祉班   電話   0475-70-0337

## 《 移動支援事業 》

- 対象者 障害支援区分認定を受けて、外出等の移動時に支援が必要な方
- 内 容 社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出時における移動中の介護を行います。
- 利用負担 費用は基本的に1割の定率負担となります。  
※ ただし、世帯の市民税課税状況等により、1か月に負担する費用の上限額が定められます（負担に関する詳細は、下記参照）。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 日中一時支援事業 》

- 対象者 障害支援区分認定を受けて、一時的に見守り等の支援が必要な方
- 内 容 冠婚葬祭や介護者の休息等で一時的に見守りが必要な場合に障がい者等に日中活動の場を提供し、見守り及び必要な訓練等を行います。
- 利用負担 費用は基本的に1割の定率負担となります。  
※ ただし、世帯の市民税課税状況等により、1か月に負担する費用の上限額が定められます（負担に関する詳細は、下記参照）。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

### ◆所得を判断する際の世帯の範囲

| 種 別                               | 世 帯 の 範 囲         |
|-----------------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障がい者<br>(施設に入所する18、19歳を除く。) | 障がいのある方とその配偶者     |
| 障がい児 (施設に入所する18歳、19歳を含む。)         | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

### ◆月額負担上限額表

| 区 分  | 世帯の収入状況                                                                         | 負担上限額                                                  |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                                                        | 0円                                                     |
| 低所得  | 市民税非課税世帯                                                                        | 0円                                                     |
| 一般1  | 市民税課税世帯<br>・ 障がい者は所得割16万円未満<br>・ 障がい児は所得割28万円未満<br>※ 20歳以上の施設入所者とグループホーム利用者を除く。 | ※障がい者又は20歳未満の施設入所者<br>9,300円<br>※施設入所以外の障がい児<br>4,600円 |
| 一般2  | 市民税課税世帯<br>※ 上記の一般1に該当する方を除く。                                                   | 37,200円                                                |

## 《 訪問入浴サービス 》

- 対象者 身体障害者手帳（主に肢体不自由）、療育手帳所持者で医師が入浴時に介護が必要と認めた方
- 内 容 家庭において、入浴困難な障がい者（児）の自宅に移動入浴車を派遣し、入浴介護を行います。
- 利用負担 費用は、基本的に1割の定率負担となります。  
※ 生活保護世帯、市民税非課税世帯、市民税課税世帯（均等割のみ）に該当する場合は、費用負担はありません。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 手話通訳者・要約筆記者の派遣 》

- 対象者 聴覚に障がいがあり、社会生活をするうえで意思疎通等が困難な方
- 内 容 聴覚に障がいがある方が他者と意思疎通を図ることができるように手話通訳者・要約筆記者を派遣します。
- 利用負担 費用負担はありません。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 自動車改造費助成制度 》

- 対象者 身体障害者手帳所持者で上肢・下肢・体幹障がい1級、2級の方
- 内 容 身体障がいのある方の就労等の社会活動への参加を促進するために自ら運転し、所有する自動車の運転装置等の改造を要する費用の一部を最大10万円まで助成します。
- 留意点
  - ・ 所得による制限があります。
  - ・ 1人につき自動車1台とし、当該自動車の改造は1回に限ります。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 自動車運転免許取得助成制度 》

- 対象者 身体障がい者（１～４級の方）、知的障がい者（療育手帳所持者）
- 内 容 身体障がいのある方の就労等の社会活動への参加を促進するために運転免許の取得に要する費用の一部を助成します。助成対象経費の３分の２の額を限度とし、最大１０万円まで助成します。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## 《 知的障害者職親委託 》

- 対象者 知的障がい者で更生に必要な指導訓練を希望される方
- 内 容 知的障がい者の更生援護に熱意を持つ職親に委託し、知的障がい者の生活指導や就労、技能取得の訓練等を行います。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 ０４７５－７０－０３３７

## 【 その他の福祉制度等 】

### 《 難聴児補聴器購入費等助成制度 》

- 対象者 18歳未満で両耳の聴力レベルが原則30デシベル以上70デシベル未満で身体障害者手帳の交付対象とならない方
- 内 容 身体障害者手帳の対象とならない軽度・中等度難聴児の聞こえの確保と言語の発達を支援するために、補聴器の購入費用の一部を助成します（※所得制限あり）。
- 助成額 原則として、基準額の範囲内で購入費用の3分の2に相当する額
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

### 《 福祉カーの貸付（ゆうあい号） 》

- 対象者 心身障がい者（児）及び高齢者並びにその家族
- 内容 障がい者（児）や高齢者等の社会参加を促進し、福祉の向上を図るために車いすに乗ったまま乗車できる福祉車両を無料で貸出しを行います。  
※ 使用した燃料は、返却時に満タンにしてください必要があります。
- 窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

### 《 介護機器貸出事業 》

- 対象者 介護保険の対象ではなく、在宅での介護が必要な方
- 内 容 在宅での介護が必要な方に無料で各種介護機器の貸し出しを行います（車椅子、杖等）。  
※ 貸出期間は原則3か月ですが、必要であれば期間延長も可能な場合があります。
- 窓 口 大網白里市社会福祉協議会 電話 0475-72-1995

## 《 身体障がい者補助犬給付事業 》

- 対象者      (盲導犬)    視覚障がい１級の身体障がい者  
                  (介助犬)    肢体不自由１級、２級の身体障がい者  
                  (聴導犬)    聴覚障がい２級の身体障がい者
- 内 容      身体障がい者補助犬を給付することで身体障がい者の就労等社会活動への参加を促進し、その福祉の増進を図ります。
- 窓 口      社会福祉課    障がい福祉班    電話    ０４７５－７０－０３３７

## 《 駐車禁止規制の除外 》

- 対象者      身体障害者手帳所持者    ( ※ )  
                  療育手帳所持者    ( A以上 )  
                  精神障害者保健福祉手帳    ( １級 )  
                  ※ 交付基準が細かくあるため、詳細はお問い合わせください。
- 内 容      歩行が困難な身体障がい者等に対して、駐車禁止除外指定車標章を交付します。
- 窓 口      東金警察署    電話    ０４７５－５４－０１１０

## 《 成年後見制度 》

障がいがあるため、財産管理や身上監護（介護、施設への入退所など生活について配慮すること）についての契約や遺産分割などの法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法などの被害にある恐れがあるなど、判断能力が不十分な方々を保護・支援する制度です。

|                |                                         |
|----------------|-----------------------------------------|
| 成年後見制度の申立受付・相談 | 千葉家庭裁判所八日市場支部<br>電話    ０４７９－７２－１３００     |
| 成年後見人等の紹介について  | 千葉県後見支援センター<br>電話    ０４３－２０４－６０１２       |
|                | リーガルサポート千葉県支部<br>電話    ０４３－２４６－２６６６     |
|                | 成年後見センター「ぱあとなあ千葉」<br>電話    ０４３－２３８－２８６６ |
| 任意後見人契約について    | 千葉公証人会<br>電話    ０４３－２２４－１４０８            |

# 【 交通機関の割引制度 】

## 《 JR旅客運賃の割引 》

■対象者 身体障害者手帳・療育手帳所持者

■内 容 JR各駅の乗車券販売窓口で身体障害手帳・療育手帳を提示することで運賃が割引されます。※私鉄等も同様の割引があります。

| 種別 | 適用範囲（距離制限）              | 本人の年齢 | 適用乗車券                    | 割引率         |
|----|-------------------------|-------|--------------------------|-------------|
| 1種 | 本人のみ<br>(片道100kmを超える区間) | 制限なし  | 普通乗車券                    | 5割          |
|    | 本人+介護者1名<br>(距離の制限なし)   | 12歳未満 | 普通乗車券、普通急行券、回数乗車券        | 各5割         |
|    |                         |       | 定期乗車券                    | 介護者のみ<br>5割 |
|    |                         | 12歳以上 | 普通乗車券、普通急行券、回数乗車券、定期乗車券※ | 各5割         |
| 2種 | 本人のみ<br>(片道100kmを超える区間) | 制限なし  | 普通乗車券                    | 5割          |
|    | 本人+介護者1名<br>(距離の制限なし)   | 12歳未満 | 定期乗車券                    | 介護者のみ<br>5割 |

※ 定期乗車券購入の場合、介護者は通勤定期乗車券に限ります。

## 《 タクシー運賃の割引 》

■対象者 身体障害者手帳・療育手帳所持者

■内 容 身体障害手帳・療育手帳を提示していただくと1割引になります。

## 《 タクシー料金助成（タクシー券） 》

■対象者 身体障害者手帳1級～2級、療育手帳㉠、A  
精神障害者保健福祉手帳1級～2級、要介護認定で要介護4～5の方

■内 容 ・ 市と契約しているタクシー業者を利用した場合にタクシー券を使用すると、乗車1回につき最大500円を助成します。  
※ タクシー券を譲渡したり、再発行することは出来ません。  
・ 年間24枚のタクシー券を交付します。

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 有料道路通行料の割引 》

■対象者 身体障害者手帳所持者・療育手帳①、A所持者

### 【適用範囲】

|                                 |                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------|
| 身体障害者手帳【第1種所持者】<br>療育手帳【第1種所持者】 | 障がいのある方が運転する場合<br>障がいのある方が同乗し、介護者等が運転する場合 |
| 身体障害者手帳【第2種所持者】                 | 障がいのある方が運転する場合<br>(障がいのある方の免許証が必要)        |

■内 容 対象者が有料道路を利用する場合、事前に手続きをすることで通行料金の割引（5割引）が適用されます。

■申 請 必要書類等

- (1) 身体障害者手帳又は療育手帳
- (2) 運転免許証
- (3) 登録される自動車の車検証

【ETCで登録する場合は、下記の書類も必要となります】

- (4) ETCカード（障がい者本人名義のものに限ります。）  
※ 障がいのある方が未成年の場合は、保護者名義も可能
- (5) ETC車載器の車載管理番号が確認できる書類  
(セットアップ証明書等)

■利用方法

- ・ 障害者手帳で割引を受ける場合  
料金所で障害者手帳のシールが貼られている箇所を提示してください。
- ・ ETC利用の場合  
事前に登録している車両とETCカードで通行してください。

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 バス運賃の割引 》

■対象者 身体障害者手帳・療育手帳所持者  
※ バス会社によっては精神保健福祉手帳所持者や介護者も割引対象となる場合があります。

■内 容 身体障害者手帳・療育手帳を提示することで運賃が割引されます。

| 種 類    | 割引率 | 備 考                                              |
|--------|-----|--------------------------------------------------|
| 普通旅客運賃 | 5 割 | バス会社により取扱いが異なる場合がありますので、詳しくは各バス会社営業所にお問い合わせください。 |
| 定期旅客運賃 | 3 割 |                                                  |

■窓 口 各バス会社営業所

## 《 国内航空運賃の割引 》

- 対象者 12歳以上で身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者福祉手帳のいずれかの交付を受けている者
- 内 容 航空券の購入及び搭乗手続きの際に障害者手帳を提示することで国内線区間内の交通運賃が割引になります。  
なお、一部の航空会社では手帳の種別（第1種、第2種）により割引の適用を受けられないケースがありますので、詳細は各航空会社にお問い合わせください。
- 窓 口 各航空会社支店営業部及び指定代理店

## 《 福祉有償運送 》

- 対象者 要介護認定を受けている方又は身体障害者手帳等の交付を受けており、単独での歩行が困難な方
- 内 容 単独での歩行が困難でタクシー等の公共交通機関を利用できない方のために福祉車両での外出の支援を行います。※登録申請が必要
- 窓 口 NPO法人葵の森「おでかけキャブでんでんむし」  
電話 0475-71-1010  
  
NPO法人大網お助け隊  
電話 0475-73-5110

# 【 税の減免等 】

## 《 所得税・住民税の控除 》

■対象者 本人・控除対象配偶者が障がい者、扶養親族に障がい者がいる方

■内 容

### ①障がい者控除

| 区 分      | 対 象                                          | 所 得 税                           | 住 民 税                           |
|----------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 特別障がい者控除 | 身体障害者手帳 1級・2級<br>療育手帳 ㊤・A<br>精神障害者保健福祉手帳 1級  | 40万円が控除<br>(※同居の場合は<br>75万円が控除) | 30万円が控除<br>(※同居の場合は<br>53万円が控除) |
| 障がい者控除   | 身体障害者手帳 3級～6級<br>療育手帳 B<br>精神障害者保健福祉手帳 2級～3級 | 27万円が控除                         | 26万円が控除                         |

### ②心身障害者扶養年金共済掛金

※ 共済に加入して掛金を納入している場合は、掛金の金額を所得から小規模企業共済等掛金控除として差し引くことができます。

### ③おむつ・ストマ用装具等の購入費用

※ 医師が証明することで、オムツやストマ装具の購入に当たり自己負担した額が医療費控除の対象となります。

■窓 口 税務課 市民税班 電話 0475-70-0321  
東金税務署 電話 0475-52-3121

## 《 相続税の控除 》

■対象者 相続人で85歳未満の障がい者

■内 容 障がい程度や年齢に応じて控除が受けられます。

| 障がい程度    | 控 除 額                                          |
|----------|------------------------------------------------|
| 特別障がい者の方 | 85歳までに達するまでの年数 × 20万<br>※(85歳 - 障がい者の年齢) × 20万 |
| 障がい者の方   | 85歳までに達するまでの年数 × 10万<br>※(85歳 - 障がい者の年齢) × 10万 |

■窓 口 東金税務署 電話 0475-52-3121

## 《 贈与税の控除 》

- 対象者      特別障がい者及び精神に障がいがある方（特定障がい者）
- 内 容      特定障がい者の方を受益者として財産の信託があったときは、その信託受益権の価格のうち、特別障がい者である特定障がい者については6,000万円まで、特別障がい者以外の特定障がい者の方については3,000万円までは贈与税はかかりません。
- 窓 口      東金税務署    電話    0475－52－3121

# 《 自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免 》

■対象 障がい者手帳を所持しており、下記の要件に該当する方

## ①身体障害者手帳をお持ちの方で以下に該当する方

| 障がいの区分            | 障がいの級別                                                       | 障がいの区分                    | 障がいの級別              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 視覚障がい             | 1 級 ～ 3 級<br>4 級の 1 (※)<br>※ 4 級の 1 : 視力障がい<br>4 級の 2 : 視野狭窄 | 腎臓機能障がい                   | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 聴覚障がい             | 2 級 ・ 3 級                                                    | 呼吸器機能障がい                  | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 平衡機能障がい           | 3 級                                                          | ぼうこう機能障がい                 | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 音声機能又は<br>言語機能障がい | 3 級<br>(咽頭摘出に係るものに限る)                                        | 直腸機能障がい                   | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 上肢機能障がい           | 1 級 ・ 2 級                                                    | 小腸機能障がい                   | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 下肢機能障がい           | 1 級 ～ 6 級                                                    | 肝臓機能障がい                   | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 体幹機能障がい           | 1 級～3 級 ・ 5 級                                                | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい      | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級     |
| 心臓機能障がい           | 1 級 ・ 3 級 ・ 4 級                                              | 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい | (上肢機能)<br>1 級 ・ 2 級 |
|                   |                                                              |                           | (移動機能)<br>1 級 ～ 6 級 |

※ 複数の障がい記載された手帳の場合は、個々の障がいごとに判断します。

## ②療育手帳をお持ちの方で以下に該当する方

- (1) ㊦ (㊦の 1、㊦の 2)、A の 1 の方
- (2) A の 2 で「音声・言語又は上肢機能障がいがあり身体障害者手帳 3 級」の方

## ③精神障害者保健福祉手帳 1 級をお持ちの方

■内 容 身体障がい者等の移動のために利用される自動車について、自動車税、自動車取得税、軽自動車税の減免を行います。

※ この制度は、身体障がい者等 1 人につき 1 台の自動車に限られます。

※ 入院中等で手帳所持者の移動のために自動車を利用していない場合は、減免の対象外です。

## ■提出書類

|   | 自動車の所有者             | 自動車の運転者             | 提出書類                                                 | 備 考                                                 |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | 手帳所持者本人             | 手帳所持者本人             | ・身体障害者手帳等<br>・自動車車検証<br>・運転免許証<br>・印鑑                |                                                     |
| 2 | 手帳所持者本人<br>又は同居の家族等 | 手帳所持者本人<br>又は同居の家族等 | ・身体障害者手帳等<br>・自動車車検証<br>・運転免許証<br>・印鑑<br>・生計同一証明書(※) | 生計同一証明書の代わりにその他手帳所持者の移動のために自動車を使用していることが確認できる書面でも可能 |
| 3 | 手帳所持者本人             | 常時介護者               | ・身体障害者手帳等<br>・自動車車検証<br>・運転免許証<br>・印鑑<br>・常時介護証明書(※) | 手帳所持者のみで構成される世帯であること                                |

※ 生計同一証明書・常時介護証明書の証明機関

身体障害者手帳・療育手帳・・・大網白里市役所 社会福祉課

戦傷病者手帳・精神障害者保健福祉手帳・・・山武健康福祉センター（保健所）

## ■申請期限

### 【自動車税】

| 該当区分                                              | 申請期限                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ①3月31日以前から自動車を所有されている方                            | 納税通知書の納期限                                        |
| ②障害者手帳の交付を新規で受ける方<br>(等級変更されて新たに減免対象となる方を含む)      | 障害者手帳等の新規交付から1月以内<br>(等級変更により新たに減免になった日も含む)      |
| ③自動車を新規に取得し、初めて減免を受ける方                            | 自動車の新規登録から1月以内                                   |
| ④すでに減免を受けている自動車を所有し、乗り換える方                        | 乗り換えした自動車の新規登録日又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 |
| ※④の申請車又は前減免車が4月1日以降に移転登録(名義変更)の場合は翌年度の納期限までとなります。 |                                                  |

※ 期限を過ぎて申請をした場合は、申請日の翌年度から減免となります。

### 【自動車取得税】

自動車の登録の日から1月以内 ※期限を過ぎると減免になりません。

### 【軽自動車税】

納付書の納期限(5月末)まで

## ■窓 口

東金県税事務所(自動車税・取得税)

税務課 市民税班(軽自動車税)

社会福祉課(生計同一証明・常時介護証明)

電話 0475-54-0223

電話 0475-70-0321

電話 0475-70-0337

# 【 その他の減免等 】

## 《 N H K 放送受信料の減免 》

■内 容 下記の要件に該当する方は受信料が免除になります。

| 対 象                                                                                                                                                                                                        | 免除額  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳</li> <li>・ 療育手帳</li> <li>・ 精神保健福祉手帳</li> </ul> 上記のいずれかをお持ちの方がいる世帯で、世帯構成員全員が市民税が非課税の場合                                                                     | 全額免除 |
| 以下のいずれかに該当する方が世帯主で受信契約者の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 視覚障がい又は聴覚障がいにより身体障害者手帳をお持ちの方（等級は問わない）</li> <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> | 半額免除 |

■窓 口 社会福祉課 障がい福祉班 電話 0475-70-0337

## 《 ごみ処理手数料の減免 》

■対象者

- ・ 市の事業での紙おむつ受給者
- ・ 0歳～2歳児の属する世帯（※紙おむつを排出する場合に限る）
- ・ 火災等の災害により住家に相当程度の損壊を生じた世帯
- ・ 生活保護世帯

■内 容 上記の要件に該当する方に対してごみ処理手数料を減免し、指定ごみ袋（可燃ごみ用）を無償で交付します。

■窓 口 地域づくり課 環境対策班 電話 0475-70-0386

## 《 携帯電話料金の割引 》

■対象者 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持者

■内 容 基本使用料等が割引となります。割引内容等は携帯電話会社によって異なりますので、詳しくは各社にお問い合わせください。

# 【 選挙制度 】

## 《 郵便等による不在者投票制度 》

■対象者 次の対象要件に該当する方

| 郵便等による不在者投票ができる方の対象要件 |                             |             |
|-----------------------|-----------------------------|-------------|
| 手帳等の種類                | 障害等の種類                      | 障害等の程度      |
| 身体障害者手帳               | 両下肢、体幹、移動機能の障害              | 1 級、2 級     |
|                       | 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の障害    | 1 級、3 級     |
|                       | 免疫、肝臓の障害                    | 1 級～3 級     |
| 戦傷病者手帳                | 両下肢、体幹の障害                   | 特別項症～第 2 項症 |
|                       | 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓の障害 | 特別項症～第 3 項症 |
| 介護保険被保険者証             | —                           | 要介護 5       |

■内容 身体に重度の障害等のある選挙人で上記の対象要件に該当する方は、自宅で郵便等による不在者投票をすることができます（※郵便等による不在者投票を行なうためには事前に大網白里市選挙管理委員会から「郵便等投票証明書」の交付を受ける必要があります。）。

■窓口 選挙管理委員会 電話 0475-70-0397

# 【 身体障害者障害程度等級表 】

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                                           |
| 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 | 視力の良い方の眼の視力が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<br>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<br>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<br>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           |

※ ただし、身体障害者手帳の交付は、1 級～6 級です。

#### 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 |

※ ただし、身体障害者手帳の交付は、1級～6級です。

#### 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                 |

※ ただし、身体障害者手帳の交付は、1級～6級です。

---

## 心臓機能障害

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

# 【 事 業 所 等 】

## 《 福祉タクシー利用券 契約事業所 》

|    | 業 者 名                         | 住 所                                 | 電 話 番 号   |               |
|----|-------------------------------|-------------------------------------|-----------|---------------|
|    |                               |                                     | F A X 番 号 |               |
| 1  | 秋葉タクシー(有)                     | 大網白里市大網361                          | 電 話 番 号   | 0475-72-0580  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-72-4083  |
| 2  | (有)つくもタクシー                    | 大網白里市南今泉4647-11                     | 電 話 番 号   | 0475-77-2628  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-77-2665  |
| 3  | グッドライフ介助タクシー                  | 大網白里市南横川3125-162                    | 電 話 番 号   | 080-5011-9082 |
| 4  | 合同会社 すまいる本舗                   | 大網白里市南今泉502-2                       | 電 話 番 号   | 090-3007-0953 |
| 5  | いと介護タクシー                      | 大網白里市北今泉1145-4                      | 電 話 番 号   | 090-4667-2228 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-77-2895  |
| 6  | 南総タクシー(株)                     | 東金市東金587-6                          | 電 話 番 号   | 0475-54-1281  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-54-1282  |
| 7  | (有)メディカルマーチン                  | 東金市南上宿4-9                           | 電 話 番 号   | 0475-53-2510  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-53-2072  |
| 8  | 介護タクシーさくらサポート                 | 茂原市東部台1-17-1                        | 電 話 番 号   | 0475-47-3676  |
| 9  | 介護タクシー グー                     | 長生郡長生村信友1934-11                     | 電 話 番 号   | 0120-733-398  |
| 10 | (株)サンベ                        | 成田市公津の杜2-29-3                       | 電 話 番 号   | 0476-27-6487  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0476-27-6487  |
| 11 | 医療法人社団紫雲会<br>千葉南病院介護タクシー      | 千葉市緑区高田町401-5                       | 電 話 番 号   | 043-292-5111  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-292-2068  |
| 12 | ありよし介護タクシー                    | 千葉市緑区おゆみ野有吉11-20                    | 電 話 番 号   | 0120-106-073  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-292-9450  |
| 13 | 福祉タクシーめぐみサービス                 | 千葉市緑区上大和田町280                       | 電 話 番 号   | 080-1128-7788 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-294-2650  |
| 14 | 介護タクシー<br>ハッピーパートナー           | 千葉市緑区おゆみ野中央5-7-1<br>ロイヤルコートおゆみ野201号 | 電 話 番 号   | 080-4117-3728 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-310-4949  |
| 15 | 介護タクシー はる                     | 千葉市中央区東千葉2-6-1-222                  | 電 話 番 号   | 080-3593-0025 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-284-3230  |
| 16 | 福祉タクシー Kアシスト                  | 千葉市花見川区懐橋町51-9                      | 電 話 番 号   | 0120-252-942  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-292-8282  |
| 17 | 福祉タクシー 若葉                     | 千葉市若葉区中田町1193番地95                   | 電 話 番 号   | 043-228-3446  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-228-0104  |
| 18 | 介護タクシー 菜のはな                   | 白井市大山口1-17-17                       | 電 話 番 号   | 090-7239-2046 |
| 19 | 福祉・介護タクシー<br>季美の街福祉交通         | 大網白里市駒込438-9<br>大網ハイツA棟1206号        | 電 話 番 号   | 0475-72-4165  |
|    |                               |                                     |           | 090-8811-4165 |
| 20 | 福祉タクシー コンソル<br>～CONSOL～       | 茂原市南吉田1745-2                        | 電 話 番 号   | 080-9670-1463 |
| 21 | 介護タクシー しらさと                   | 大網白里市南今泉4837-2-401                  | 電 話 番 号   | 090-2750-5932 |
|    |                               |                                     |           | 0475-78-4365  |
| 22 | 介護タクシー<br>株式会社 瑞江サポートサービス     | 長生郡睦沢町川島757番地1                      | 電 話 番 号   | 090-8772-3922 |
| 23 | 創造の杜 介護タクシー                   | 千葉市緑区<br>あすみが丘6丁目39番地3              | 電 話 番 号   | 090-4360-3741 |
|    |                               |                                     |           | 043-386-2485  |
| 24 | ケアタクシーレジーナ<br>レジーナ輸送コンサルタント   | 千葉市緑区<br>おゆみ野3丁目18-2-403            | 電 話 番 号   | 043-308-3062  |
|    |                               |                                     |           | 090-3877-5171 |
| 25 | 介護タクシー クマさん                   | 東金市川場1459-1                         | 電 話 番 号   | 090-1796-6114 |
| 26 | 介護タクシー 青葉の森                   | 茂原市緑ヶ丘2-15-4                        | 電 話 番 号   | 0120-17-2717  |
| 27 | 株式会社 豊田福祉タクシー                 | 茂原市長尾1982-1                         | 電 話 番 号   | 0475-26-1830  |
| 28 | 福祉タクシーこむぎ                     | 千葉市緑区あすみが丘東1丁目3-10                  | 電 話 番 号   | 070-8404-5619 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 043-312-2836  |
| 29 | ひまわり介護タクシー                    | 長生郡長生村一松丙467-5                      | 電 話 番 号   | 0475-32-4941  |
|    |                               |                                     |           | 090-1668-5428 |
| 30 | つね介護タクシー                      | 茂原市柴名1036-1                         | 電 話 番 号   | 090-6156-6074 |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-34-3645  |
| 31 | 千葉搬送サービス フリークス                | 千葉市若葉区谷当町1026-35                    | 電 話 番 号   | 043-239-0887  |
| 32 | 介護タクシー しんせい                   | 茂原市早野969-8                          | 電 話 番 号   | 0475-47-3865  |
|    |                               |                                     | F A X 番 号 | 0475-47-3864  |
| 33 | あすみ搬送<br>ASUMI Transportation | 千葉市緑区誉田町                            | 電 話 番 号   | 080-9466-2828 |
| 34 | 有限会社 白樺                       | 千葉県東金市上宿6-3                         | 電 話 番 号   | 0475-55-1840  |
| 35 | 合同会社 もちのき                     | 千葉県茂原市早野3010-2                      | 電 話 番 号   | 0475-26-0750  |
|    |                               |                                     |           | 070-1560-1518 |
| 36 | ケアタクシー ちどり                    | 千葉県山武郡九十九里町片貝6614                   | 電 話 番 号   | 0475-51-6205  |

## 《 移動支援事業 契約事業所 》

| No. | 実施事業者              | 住所                | 電話番号          |
|-----|--------------------|-------------------|---------------|
| 1   | すまいる本舗             | 大網白里市南今泉 502 番地 2 | 0475-77-6355  |
| 2   | リンクスヘルパーステーション大網白里 | 大網白里市細草 1170      | 0475-77-6010  |
| 3   | ふれあいサービスセンター大網白里本社 | 大網白里市柳橋 736-13    | 0475-72-5022  |
| 4   | セントケア大網            | 大網白里市大網 128-3     | 0475-72-2945  |
| 5   | りべるたす              | 千葉市中央区川戸町 468-1   | 043-497-2373  |
| 6   | 生活支援センターつくも        | 長生郡睦沢町上市場 693 番地  | 0475-44-1214  |
| 7   | ぼびあ訪問支援センターゆう      | 袖ヶ浦市神納 1-19-7     | 0438-60-7521  |
| 8   | ヒバリの介護             | 旭市萩園 1079-3       | 090-9104-6796 |

# 《 日中一時支援事業 契約事業所 》

| No. | 実施事業者          | 施設住所             | 電話番号          |
|-----|----------------|------------------|---------------|
| 1   | カマラードの里        | 東金市広瀬 421-9      | 0475-58-1151  |
| 2   | マナの家           | 九十九里町田中荒生 508-1  | 0475-76-1685  |
| 3   | ふるさと学舎させつ館     | 市原市今富 1110-1     | 0436-36-7611  |
| 4   | 明朗塾            | 八街市八街に 20        | 043-442-0101  |
| 5   | 八街わらの里         | 八街市八街は 3-235     | 043-441-1100  |
| 6   | 富里福葉苑          | 富里市中沢 975-3      | 0476-93-8133  |
| 7   | 長生厚生園          | 茂原市立木 477        | 0475-24-2003  |
| 8   | ピアサポートセンターげんき  | 山武市新泉ト 16-5      | 080-3010-0357 |
| 9   | ふたば            | 大網白里市大網 5002-63  | 0475-77-8076  |
| 10  | こどもプラス大網白里教室   | 大網白里市南横川 3491-7  | 0475-78-5113  |
| 11  | コスモ・ヴィレッジ      | 八街市滝台 739-3      | 043-445-1010  |
| 12  | sora           | 茂原市腰当 1308-1     | 0475-36-3682  |
| 13  | 代宿地域支援センター     | 袖ヶ浦市代宿 102-2     | 0438-53-7626  |
| 14  | 生活介護ほまれ        | 東金市道庭 340        | 0475-78-3226  |
| 15  | すっぱある〜む        | 一宮町船頭給 234-10    | 0475-42-2787  |
| 16  | 十倉厚生園          | 富里市日吉倉 1082-3    | 0476-94-2101  |
| 17  | A l b a 千葉     | 千葉市中央区港町 9-5 1 階 | 043-239-6753  |
| 18  | すずらん           | 山武郡九十九里町西野 435-1 | 0475-53-5017  |
| 19  | ぬくもり Kid`s     | 東金市八坂台 5-29-1    | 0475-78-5582  |
| 20  | 地域生活支援センターゆりの木 | 東金市東金 1060-6 2 階 | 0475-50-4545  |



# 障がい者福祉のしおり

発行 大網白里市  
編集 社会福祉課 障がい福祉班  
〒299-3292  
千葉県大網白里市大網115番地2  
TEL：0475-70-0337  
FAX：0475-72-8454  
E-mail：fukushi@city.oamishirasato.lg.jp