

令和 6 年 度

# 東海市の福祉ガイド

このパンフレットは、障がいのある方が日常生活や社会生活を営むための支援サービス等の概要を紹介したものです。

各サービスの詳細は、下記窓口にお問い合わせください。

## 18歳以上の方の窓口

### 社 会 福 祉 課（市役所1階）

TEL 052-603-2211、0562-33-1111

（内線 121・123・124・128）

FAX 052-603-4000

e-mail [fukushi@city.tokai.lg.jp](mailto:fukushi@city.tokai.lg.jp)

## 18歳未満の方の窓口

### こ ど も 課（市役所6階）

TEL 052-603-2211、0562-33-1111

（内線 689）

FAX 052-604-9290

e-mail [kodomo@city.tokai.lg.jp](mailto:kodomo@city.tokai.lg.jp)

# 目 次

| ●対象者別一覧表                  | ページ |
|---------------------------|-----|
| 1 障がい福祉サービス .....         | 1～2 |
| 2 障がい児通所支援 .....          | 3   |
| 3 日常生活用具の給付 .....         | 3   |
| 4 日常生活用具（住宅改修費）の給付 .....  | 4   |
| 5 補装具費の支給 .....           | 4   |
| 6 自立支援医療（育成医療）の給付 .....   | 4   |
| 7 自立支援医療（更生医療）の給付 .....   | 5   |
| 8 自立支援医療（精神通院医療）の給付 ..... | 5   |
| 9 障がい者医療費の助成 .....        | 5   |
| 10 精神障がい者医療費の助成 .....     | 6   |
| 11 後期高齢者福祉医療費の助成 .....    | 7   |
| 12 自動車改造費の補助 .....        | 7   |
| 13 普通自動車運転免許取得費の補助 .....  | 8   |
| 14 有料道路における障害者割引 .....    | 8～9 |
| 15 福祉タクシー等料金助成 .....      | 9   |
| 16 入浴サービス .....           | 10  |
| 17 あんしん電話事業 .....         | 10  |
| 18 寝具クリーニングサービス .....     | 10  |
| 19 配食サービス .....           | 10  |
| 20 在宅障がい者訪問理美容サービス .....  | 11  |

|    |                            |       |
|----|----------------------------|-------|
| 21 | 在日外国人重度障がい者福祉手当            | 11    |
| 22 | NHK放送受信料の免除                | 11    |
| 23 | 日中一時支援 A 型（障がい者）・B 型（障がい児） | 11    |
| 24 | 地域デイサービス事業                 | 12    |
| 25 | 移動支援                       | 12    |
| 26 | 障がい者・児相談支援                 | 12    |
| 27 | 地域活動支援センター「ハーモニー」          | 13    |
| 28 | 手話通訳者・要約筆記者の派遣             | 13    |
| 29 | 手話通訳者の設置                   | 13    |
| 30 | 遠隔手話サービス                   | 14    |
| 31 | 施設使用料の減免                   | 14    |
| 32 | 成年後見制度の相談窓口                | 15    |
| 33 | 市内路線バスの無料乗車                | 15    |
| 34 | ごみ指定袋の追加配布                 | 16    |
| 35 | 東海市障がい者相談員の設置              | 16    |
| 36 | 声の広報配布                     | 17    |
| 37 | 障がい者虐待防止センター               | 17    |
| 38 | 災害時避難行動要支援者支援制度            | 18    |
| 39 | ファックス利用サービス（無料）            | 18    |
| ◎  | 福祉手当一覧表                    | 19～20 |
|    | 東海市の主な団体の紹介                | 21    |
|    | 障がい者を表すマーク                 | 22～23 |

# ●対象者別一覧表

| 障がい区分<br><br>項 目 |                   | 掲<br>載<br>ペ<br>ー<br>ジ | 対<br>象<br>者<br>等       | 身体障がい者・児 |                                 |                                                          |                       |             |                       |        |                       |    |    |
|------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|----------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|--------|-----------------------|----|----|
|                  |                   |                       |                        | 障がい別区分   |                                 |                                                          |                       |             |                       |        |                       |    |    |
|                  |                   |                       |                        | 視<br>覚   | 平<br>衡<br>機<br>能<br>・<br>聴<br>覚 | 音<br>声<br>・<br>言<br>語<br>・<br>そ<br>し<br>や<br>く<br>機<br>能 | 肢<br>体<br>不<br>自<br>由 |             |                       |        | 内<br>部<br>障<br>が<br>い |    |    |
| 上<br>肢           | 下<br>肢            | 体<br>幹                | 心<br>臓                 |          |                                 |                                                          | 腎<br>臓                | 呼<br>吸<br>器 | 直<br>腸<br>・<br>膀<br>胱 | 小<br>腸 |                       |    |    |
| 1                | 障がい福祉サービス         | 1～2                   | 障がい者・児                 | ○        | ○                               | ○                                                        | ○                     | ○           | ○                     | ○      | ○                     | ○  | ○  |
| 2                | 障がい児通所支援          | 3                     | 障がい児                   | ○        | ○                               | ○                                                        | ○                     | ○           | ○                     | ○      | ○                     | ○  | ○  |
| 3                | 日常生活用具の給付         | 3                     | 障がい者・児                 | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 4                | 日常生活用具(住宅改修)の給付   | 4                     | 障がい者・児<br>※<br>(学齢児以上) |          |                                 |                                                          |                       | ※           | ※                     |        |                       |    |    |
| 5                | 補装具の支給            | 4                     | 障がい者・児                 | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     |        | ※                     |    |    |
| 6                | 自立支援医療(育成医療)の給付   | 4                     | 障がい児                   | ○        | ○                               | ○                                                        | ○                     | ○           | ○                     | ○      | ○                     | ○  | ○  |
| 7                | 自立支援医療(更生医療)の給付   | 5                     | 障がい者                   | ○        | ○                               | ○                                                        | ○                     | ○           | ○                     | ○      | ○                     | ○  | ○  |
| 8                | 自立支援医療(精神通院医療)の給付 | 5                     | 障がい者・児                 |          |                                 |                                                          |                       |             |                       |        |                       |    |    |
| 9                | 障がい者医療費の助成        | 5                     | 障がい者・児                 | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 10               | 精神障がい者医療費の助成      | 6                     | 障がい者・児                 |          |                                 |                                                          |                       |             |                       |        |                       |    |    |
| 11               | 後期高齢者福祉医療費の助成     | 7                     | 後期高齢医療<br>被保険者         | ※1       | ※1                              | ※1                                                       | ※1                    | ※1          | ※1                    | ※1     | ※1                    | ※1 | ※1 |
| 12               | 自動車改造費の補助         | 7                     | 障がい者                   | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 13               | 普通自動車運転免許取得費の補助   | 8                     | 障がい者                   | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 14               | 有料道路における障害者割引     | 8～9                   | 障がい者・児                 | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 15               | 福祉タクシー等料金助成       | 9                     | 障がい者・児                 | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 16               | 入浴サービス            | 10                    | 障がい者・児                 |          |                                 |                                                          |                       | ※           | ※                     |        |                       |    |    |
| 17               | あんしん電話事業          | 10                    | 障がい者                   | ※        | ※                               | ※                                                        | ※                     | ※           | ※                     | ※      | ※                     | ※  | ※  |
| 18               | 寝具クリーニングサービス      | 10                    | 障がい者・児                 | ※        |                                 |                                                          | ※                     | ※           | ※                     |        |                       |    |    |

| 身体障がい者・児 |    |     | 知的障がい者・児<br>(療育手帳対象者) |    |    | 精神障がい者・児 |    |    | 難病患者 | 備考                                                                                                                                                                                   |
|----------|----|-----|-----------------------|----|----|----------|----|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障がい別区分   |    |     | 重度                    | 中度 | 軽度 | 重度       | 中度 | 軽度 |      |                                                                                                                                                                                      |
| 内部障がい    |    |     |                       |    |    |          |    |    |      |                                                                                                                                                                                      |
| 免疫       | 肝臓 | その他 | A                     | B  | C  | 1級       | 2級 | 3級 |      |                                                                                                                                                                                      |
| ○        | ○  | ○   | ○                     | ○  | ○  | ○        | ○  | ○  | ○    |                                                                                                                                                                                      |
| ○        | ○  | ○   | ○                     | ○  | ○  | ○        | ○  | ○  | ○    |                                                                                                                                                                                      |
| ※        | ※  |     | ※                     | ※  |    | ※        | ※  |    | ※    | ※障がいの内容、等級によって対象となる用具が異なります<br>※1～3級の下肢・体幹機能障がいの方、乳幼児以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい(移動機能障がいに限る)の方                                                                                             |
|          |    |     |                       |    |    |          |    |    | ※    | ※障がいの内容・等級によって対象となる補装具が異なります                                                                                                                                                         |
| ○        | ○  | ※   |                       |    |    |          |    |    |      | ※手帳保持者だけでなく、口唇口蓋裂等の手術、治療等の方も対象です                                                                                                                                                     |
| ○        | ○  | ○   |                       |    |    |          |    |    |      |                                                                                                                                                                                      |
|          |    |     |                       |    |    | ※        | ※  | ※  |      | ※手帳保持者だけでなく、通院による精神医療を継続的に要する病状にある方も対象です<br>※1～3級または4級のうち腎臓機能障がい、4級～6級のうち進行性筋萎縮症の方<br>注1:自閉症状群と診断された方も対象です<br>注2:子ども医療費助成の対象となる方、後期高齢者医療制度に加入できる方を除きます                               |
| ※        | ※  | ※   | ○                     | ○  |    |          |    |    |      |                                                                                                                                                                                      |
|          |    |     |                       |    |    | ※        | ※  | ※  |      | ※手帳保持者だけでなく、項目8の手続きにより自立支援医療受給者証(精神通院)をお持ちの方も対象です<br>注:1 手帳の等級等によって助成できる内容が異なります<br>注:2 障がい者医療費助成及び母子家庭等医療費助成の対象となる方、後期高齢者医療制度に加入できる方を除きます                                           |
| ※1       | ※1 | ※1  | ○                     | ○  |    | ※2       | ※2 | ※2 |      | ※1:1～3級または4級のうち腎臓機能障がい、4級～6級のうち進行性筋萎縮症の方<br>※2:精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方及び自立支援医療受給者証(精神通院)をお持ちの方<br>注1:手帳の等級等によって助成できる内容が異なります                                                           |
| ※        | ※  | ※   |                       |    |    |          |    |    |      | ※身体障がい者が就労等に伴い、自らが所有し運転する自動車であること                                                                                                                                                    |
| ※        | ※  | ※   |                       |    |    |          |    |    |      | ※就労等のために初めて普通自動車運転免許を取得のための経費の一部を補助                                                                                                                                                  |
| ※        | ※  | ※   | ※                     |    |    |          |    |    |      | ※(1)障がい者本人が運転する場合<br>対象:身体障害者手帳の交付を受けているすべての方<br>(2)障がい者・児の介助者が運転し、障がい者・児本人が同乗する場合<br>対象:身体障害者手帳を交付されている方のうち、「旅客鉄道株式会社運賃減額」が「第1種」の方または療育手帳の交付を受けている方のうち、A判定の方で「旅客鉄道株式会社運賃減額」が「第1種」の方 |
| ※        | ※  | ※   | ○                     | ○  | ○  | ○        |    |    |      | ※1、2級の身体障害者手帳を交付されている方<br>※3級の身体障害者手帳を交付されている方のうち視覚・下肢・体幹機能障がいがある方                                                                                                                   |
|          |    |     |                       |    |    |          |    |    |      | ※1級の下肢または体幹機能障がい者                                                                                                                                                                    |
| ※        | ※  | ※   |                       |    |    |          |    |    |      | ※1、2級の身体障がい者のみの世帯で外出困難な方<br>※2、3級の聴覚障害者手帳のみの世帯に属する方<br>※1、2級の肢体不自由者または視覚障がい者                                                                                                         |

[illegible]

[illegible]

# 障害者総合支援法に基づく福祉サービス等のご紹介

## 【 障害者総合支援法に基づく福祉サービス 】

障がい者及び障がい児に対する自立と地域生活を支援する福祉サービスです。これにより利用者自らがサービスを選択し、指定事業者との契約によりサービスを利用することができます。

**介護保険優先**… 介護保険のサービスを利用できる方は、原則的に介護保険が優先になりますが、サービスによっては障がい者のサービスが受けられる場合があります。

**18歳のとき**… 18歳を期に障がい福祉サービスの切替手続きが必要となります。手続き場所は社会福祉課となります。

## 1 障がい福祉サービス

## 介護保険優先

**対 象 者** 障がい者・児、難病患者

**内 容** 家事・介護（食事・身の回りの世話・洗濯・掃除・買物・通院介助など）・相談・助言等

**そ の 他** 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります（原則1割負担、上限額あり）。

### <主な障がい福祉サービス>

#### 訪問系サービス

##### ◎居宅介護（ホームヘルプ）

入浴や排泄、食事の介護など、自宅での生活全般にわたる介護を行います。

##### ◎重度訪問介護

重度の肢体不自由がある人に、自宅での介護から外出時の移動支援までを総合的にを行います。

##### ◎同行援護

視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供(代筆・代読を含む)、移動の援護等の外出支援を行います。

##### ◎行動援護

行動が困難で常に介護の必要な人に、外出時の移動の支援や行動の生じる危機回避のための援護などを行います。

##### ◎重度障がい者等包括支援

介護の必要性がとて高い人に、居宅介護などの障がい福祉サービスを包括的に提供します。

##### ◎短期入所(ショートステイ)

介護を行う人が病気の場合など、短期の入所による入浴や排泄、食事の介護などを行います。

◎…介護給付（障がい支援区分取得が必要）

◆…訓練等給付（基本的に18歳以上が対象）



## 日中活動系サービス

### ◎生活介護

日中に入浴、排泄、食事などの介護を行うとともに、創作的活動の機会の提供などを行います。

### ◎療養介護

病院等の施設において、機能訓練や療養上の管理、看護、介護、日常生活の援助などを行います。

### ◆自立訓練(機能訓練・生活訓練)

身体機能や生活能力向上のための訓練を、一定期間の支援計画に基づき行います。

### ◆就労移行支援

就労を希望する人に、知識や能力向上のための訓練などを、一定期間の支援計画に基づき行います。

### ◆就労継続支援

一般企業で雇用されることが困難な人に、働く場の提供や、知識や能力の向上のための訓練を行います。

### ◆就労定着支援

就労に伴う課題に対応するため、事業所・家族との連絡調整等を行います。

### ◆自立生活援助

居宅における自立した日常生活を営むうえでの課題に対応するため、利用者の状況を把握し、相談、連絡調整等を行います。

## 居宅系サービス

### ◎共同生活援助(グループホーム)

日中に就労または就労継続支援等のサービスを利用している知的障がい者または精神障がい者に対し、共同生活の場において、相談や日常生活上の援助を行います。

### ◎施設入所支援

介護が必要な人や通所が困難な人で、自立訓練または就労移行支援のサービスを利用している人に対して居住の場を提供し、夜間における日常生活上の支援を行います。

## 地域相談支援

### ◎地域移行支援

施設入所又は精神科病院へ入院している精神障がい者等で居住の確保等の地域生活へ移行するために必要な支援を行います。

### ◎地域定着支援

居宅で単身で生活する方につき、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に必要な支援を行います。

## 2 障がい児通所支援 … 申請はこども課

**対 象 者** 障がい児

**内 容** (1) 児童発達支援

未就学の障がい児に、日常生活における基本的な動作及び、知識技能の習得並びに、集団生活への適応のための支援その他の必要な支援を行います。

(2) 放課後等デイサービス

就学中の障がい児に、授業の終了後又は休業日に、生活能力の向上のために必要な支援等を行います。

(3) 保育所等訪問支援

保育所等を訪問し、集団生活への適応のための専門的な支援等を行います。

**そ の 他** 世帯の所得に応じ、負担金が必要な場合があります（原則1割負担、上限額あり）。

## 3 日常生活用具の給付

介護保険優先

**対 象 者** 身体障がい者・児、知的障がい者・児、難病患者、精神障がい者・児（障がいの内容、等級によって対象となる用具が異なります。）

**対象種目** 特殊寝台、特殊マット、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、移動用リフト、訓練いす、訓練用ベッド、入浴補助用具、便器、特殊便器、歩行補助つえ（一本つえのみ）、移動・移乗支援用具、頭部保護帽、火災警報器、自動消火器、電磁調理器、歩行時間延長信号機用小型送信機、聴覚障がい者用屋内信号装置、透析液加温器、ネブライザー（吸入器）、電気式たん吸引器、パルスオキシメーター、酸素ボンベ運搬車、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、人工呼吸器用バッテリー、自家発電機、外部バッテリー、携帯用会話補助装置、情報・通信支援用具、点字ディスプレイ、点字器、点字タイプライター、視覚障がい者用ポータブルレコーダー、視覚障がい者用活字文書読上げ装置、視覚障がい者用読書器、盲人用時計、聴覚障がい者用通信装置、聴覚障がい者用情報受信装置、人工喉頭、点字図書、人工内耳用外部装置、人工内耳用電池、人工内耳用充電器、ストマ用装具、紙おむつ、収尿器

**そ の 他** 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。（原則1割負担、上限額あり）また、購入前に申請が必要です。

## 4 日常生活用具（住宅改修費）の給付

介護保険優先

|       |                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 学齡児以上の方で、身体障害者手帳の1～3級の下肢・体幹機能障がいの方、乳幼児以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい（移動機能障がいに限る）の方  |
| 対象範囲  | 手すりの取付け、段差の解消、引き戸等への扉の取替えなど                                                |
| 交 付 額 | 1件あたり30万円まで（ただし、住民税非課税世帯に属する方は60万円まで）                                      |
| そ の 他 | 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。（原則1割負担、上限額あり）また、 <u>改修前に申請が必要です。</u> |

## 5 補装具費の支給

介護保険優先

|       |                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障がい者・児、難病患者（障がいの内容、等級によって対象となる補装具が異なります。）                                    |
| 対象種目  | 義肢、装具、姿勢保持装置、電動車椅子、補聴器、車椅子、重度障がい者用意思伝達装置、義眼、眼鏡、歩行器、視覚障害者安全つえ、歩行補助つえ（一本つえを除く）など |
| そ の 他 | 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。（原則1割負担、上限額あり）また、 <u>購入等を行う前に申請が必要です。</u> |

就学前障がい児の保護者に対し、所得に応じた福祉給付金制度があります。

## 6 自立支援医療（育成医療）の給付…申請はこども課

|       |                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------|
| 内 容   | 18歳未満の身体に障がいのある児童で、その障がい除去、軽減する手術等の治療によって、生活の能力を得るために必要な医療を給付 |
| 対象医療  | 心臓機能障がい、腎臓機能障がい、口唇口蓋裂等の手術、治療等                                 |
| そ の 他 | 加入の医療保険世帯の所得に応じて自己負担があります。<br>また、 <u>事前に申請が必要です。</u>          |

## 7 自立支援医療（更生医療）の給付

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| 内 容   | 身体障がい者で、その障がい除去・軽減する手術等の治療によって、更生のために必要な医療を給付        |
| 対象医療  | 腎臓機能障がい者の人工透析、心臓・肝臓機能障がい者及び肢体不自由者等の手術、治療等            |
| そ の 他 | 加入の医療保険世帯の所得に応じて自己負担があります。<br>また、 <u>事前に申請が必要です。</u> |

## 8 自立支援医療(精神通院医療)の給付

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| 内 容   | 通院による精神医療を継続的に要する病状にある方に対し、その通院医療に係る医療費の給付           |
| 対象医療  | 統合失調症、うつ病、てんかん等の精神医療                                 |
| そ の 他 | 加入の医療保険世帯の所得に応じて自己負担があります。<br>また、 <u>事前に申請が必要です。</u> |

## 9 障がい者医療費の助成 … 申請は国保課医療助成担当

|       |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ① 身体障がい者<br>身体障害者手帳の交付を受けている方で、以下に該当する方<br>・ 1 級～3 級または 4 級のうち腎臓機能障がい<br>・ 4 級～6 級のうち進行性筋萎縮症<br>② 知的障がい者<br>療育手帳の交付を受けている方で、以下に該当する方<br>・ A 判定及び B 判定（知能指数（IQ）が 50 以下）<br>③ 自閉症状群と診断された方<br>ただし、子ども医療費の助成の対象となる方（小学校入学前に限る）、後期高齢者医療制度に加入できる方を除きます。 |
| 内 容   | 医療費受給者証と健康保険証を一緒に医療機関の窓口に提示することにより、医療費（保険診療分）の自己負担額を助成します。                                                                                                                                                                                         |
| そ の 他 | 対象者①②の方は手帳が交付されたら、③の方は診断書を持参して国保課に申請してください。                                                                                                                                                                                                        |

## 10 精神障がい者医療費の助成 … 申請は国保課医療助成担当

**対 象 者** 東海市に住所があり、次のいずれかに該当する方

- ・「精神障害者保健福祉手帳（以降、「精神障害者手帳」と記載）」をお持ちの方
- ・「自立支援医療受給者証（精神通院）（以降、「自立支援医療受給者証」と記載）」をお持ちの方

ただし、子ども医療費、障がい者医療費及び母子家庭等医療費の助成を受けることが出来る方、また後期高齢者医療制度に加入できる方を除きます。

### 助 成 内 容

医療費（保険診療分）の自己負担額を助成します。（入院時の食事代や差額ベッド代は助成対象外。）医療機関の窓口で①健康保険証、②精神障がい者医療費受給者証を提示してください。手帳の等級などによって、次のとおり、交付される「精神障がい者医療費受給者証」の種類と、助成の内容が異なります。

| お持ちの手帳等    | 受給者証の種類     | 通院医療費 |        | 入院医療費 |        |
|------------|-------------|-------|--------|-------|--------|
|            |             | 精神疾患  | 精神疾患以外 | 精神疾患  | 精神疾患以外 |
| 精神障害者手帳 1級 | 全疾患・入通院有効   | ○     | ○      | ○     | ○      |
| 精神障害者手帳 2級 | 全疾患・入通院有効   | ○     | ○      | ○     | ○      |
| 精神障害者手帳 3級 |             | ×     | ×      | ○     | ×      |
| 自立支援医療受給者証 | 精神通院医療のみ使用可 | ○     | ×      | ×     | ×      |

（ ○ 助成します × 助成しません ）

※ 精神障害者手帳3級のみお持ちの方は受給者証が交付されません。

助成を受けるには、払い戻しの手続きが必要です。

※ 自立支援医療受給者証をお持ちの方は、指定医療機関での精神疾患の通院医療費に限り、助成します。

健康保険証、自立支援医療受給者証、精神障がい者医療費受給者証を指定医療機関受診時に提示してください。

## 1 1 後期高齢者福祉医療費の助成 … 申請は国保課医療助成担当

**対 象 者** 後期高齢者医療被保険者（75歳以上又は一定の障がいのある方は65歳以上）のうち、次の要件に該当する方

① 身体障がい者

身体障害者手帳の交付を受けている方で、以下に該当する方

- ・ 1級～3級または4級のうち腎臓機能障がい
- ・ 4級～6級のうち進行性筋萎縮症

② 知的障がい者

療育手帳の交付を受けている方で、A判定及びB判定（知能指数（IQ）が50以下）の方

③ 精神障がい者

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方

（3級の方は精神疾患に係る入院医療費のみの助成）

④ 自立支援医療受給者証（精神通院）をお持ちの方

（自立支援医療費の自己負担分のみの助成）

上記障がい者以外にも、ひとり暮らしの方、寝たきりの方など対象者となる場合がありますので、詳しくは国保課医療助成担当へお問い合わせください。

**内 容** 医療費受給者証と健康保険証を一緒に医療機関の窓口に提示することにより、医療費（保険診療分）の自己負担額を助成します。

**そ の 他** 対象者①②の方は手帳が交付されたら、③の方は手帳の申請と合わせて医療費助成の申請をしてください。④のみの方は受給者証を送付する際、申請書を同封します。

## 1 2 自動車改造費の補助

**対 象** 身体障がい者が就労等に伴い、自らが所有し、かつ運転する自動車

**内 容** 身体障がい者の「自動車免許の条件」に従う改造

1件あたり10万円まで

**申 請** 自動車運転免許証の写し、改造を行う業者の見積書とカタログ（改造箇所及び経費の分かるもの）、改造前の写真が必要です。

所得制限があります。改造前に申請が必要です。

### 1 3 普通自動車運転免許取得費の補助

|       |                                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 就労等のために初めて普通自動車運転免許を取得しようとする身体障がい者                                                                |
| 内 容   | 身体障がい者が初めて普通自動車運転免許を取得するための経費の一部を補助（補助率2/3 ただし10万円まで（千円未満切捨て））                                    |
| 申 請   | <u>免許を取得後6ヶ月を経過した日か、年度の末日のいずれか早い日までに申請が必要です。</u><br>自動車運転免許証の写し、教習所からの免許を取得するために要した経費が分かる書類が必要です。 |

### 1 4 有料道路における障害者割引

オンライン申請受付サイト <https://www.expressway-discount.jp>

（申請対象は ETC 利用申請者のみ）

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | (1) 障がい者本人が運転する場合<br>身体障害者手帳の交付を受けているすべての方<br>(2) 障がい者・児以外の方が運転され、障がい者・児ご本人が同乗する場合身体障害者手帳又は療育手帳の交付を受けている方のうち、旅客鉄道株式会社運賃減額」が「第1種」の方                                                                                                                                                           |
| 内 容     | 通行料金が半額割引されます。                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 対象自動車   | 令和5年4月より、自動車を事前登録しない場合でも障がい者の割引適用が可能となりました。事前登録しない場合は、ETC利用はできず、一般走行レーンにて障害者手帳を提示することで割引が適用されます。<br>(1) 障がい者本人が運転する場合<br>・ 本人（その親族等）が所有する自家用乗用車<br>・ レンタカー社会福祉協議会等の貸出車両<br>・ 車検・修理時の代車及び友人等が所有する自家用乗用車（事前登録は不可）<br>(2) 障がい者・児以外の方が運転され、障害者・児ご本人が同乗する場合<br>上記(1)の車両に加え、日常的に介護している者が所有する自家用乗用車 |
| 窓 口 申 請 | (1) ETC 利用なしの場合<br>① 身体障害者手帳または療育手帳                                                                                                                                                                                                                                                          |

- ② 車検証
- ③ 運転免許証（旅客鉄道株式会社運賃減額が「第2種」の方）
- ④ 割賦契約書又はリース契約書  
（割賦購入（ローン）又は長期リースの場合）

(2) ETC 利用ありの場合

- ① 身体障害者手帳または療育手帳
- ② 車検証
- ③ 運転免許証（旅客鉄道株式会社運賃減額が「第2種」の方）
- ④ ETC カード（障がい者本人名義のもの）  
※更新時で、前回と変更のない場合、省略できます。
- ⑤ ETC 車載器の管理番号が確認できるもの（ETC 車載器セ  
ットアップ証明書など）
- ⑥ 割賦契約書又はリース契約書  
（割賦購入（ローン）又は長期リースの場合）

## 1 5 福祉タクシー等料金助成

### (1) 福祉タクシー

**助成方法** 年間24枚の助成券（1枚で初乗料金分を負担、1回の乗車につき2枚まで利用可能）を交付

**対 象 者** ① 1、2級の身体障害者手帳を交付されている方、又は3級の身体障害者手帳を交付されている方のうち視覚・下肢・体幹機能障がいのある方

② 療育手帳を交付されている方

③ 1級の精神障害者保健福祉手帳を交付されている方

### (2) リフト付タクシー

**助成方法** 年間24枚の助成券（1枚で初乗料金分を負担、1回の乗車につき1枚まで利用可能）を交付

**対 象 者** 1、2級の身体障害者手帳を交付されている方、又は3級の身体障害者手帳を交付されている方のうち視覚・下肢・体幹機能障がいのある方で、次の条件を満たす方

① 常時が床、またはこれに準ずる方

② 車いすを利用しており、リフト付福祉タクシーを利用することが適当と認められる方

**申 請** 障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）が必要です。申請はしあわせ村高齢者支援課でも行います。



## 16 入浴サービス

介護保険優先

|       |                                                |
|-------|------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 1 級の下肢障がい者または体幹機能障がい者                          |
| 内 容   | 家で入浴させることが困難な家庭に移動入浴車を派遣<br>月4回以内。ただし1 年度36回まで |
| 費 用   | 無料。ただし、水道代、シャンプー、バスタオル等入浴に必要なものは、利用者の負担となります。  |

## 17 あんしん電話事業

|       |                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 1、2 級の身体障がい者のみの世帯で外出困難な方、または2、3 級の聴覚障がい者のみの世帯に属する方                   |
| 内 容   | 緊急発信装置、受話専用の拡声器を備えた福祉機器を設置                                           |
| 利 用 料 | 所得税非課税世帯の方 無料<br>所得税課税世帯の方 月額1, 200円（税別）<br>※ 普通電話基本料金・通話料は自己負担になります |
| そ の 他 | 所得税課税世帯の方は、課税の方の完納証明の提出が必要です。                                        |

## 18 寝具クリーニングサービス

|       |                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 1、2 級の肢体不自由者または視覚障がい者                                                      |
| 内 容   | 寝具（布団・毛布）の洗濯、乾燥。年 4 回まで（ただし、住民税非課税世帯に属する方は、年12回まで）。1 回につき掛・敷布団各1 枚、毛布2枚まで。 |
| 費 用   | 無料                                                                         |

## 19 配食サービス

|       |                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳の交付を受けている方のみの世帯で、心身の障がい、傷病等で食事を調理する事が困難な方、またはこれに準ずる方 |
| 内 容   | 1日1食、昼食又は夕食の補助                                              |
| 費 用   | 1食あたり480 円。ただし、低所得世帯は300 円。                                 |

## 20 在宅障がい者・児訪問理美容サービス

|       |                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳1級・2級の交付を受けている方で、下肢又は体幹機能障がいに該当し、在宅で介護を受けており、常時寝たきりなどの理由により自ら理美容店へ出向くことが困難な方 |
| 内 容   | 訪問理美容に係る費用の一部を補助します。<br>1回あたり5千円（最大年5回）<br>利用者の自己負担額は500円／回                         |
| 費 用   | 500円／回                                                                              |

## 21 在日外国人重度障害者福祉手当

|       |                                                                                                            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 昭和37年1月1日以前に生まれた方で、昭和57年1月1日現在において外国人登録をし、引き続き住民基本台帳に記録されている方で、市内に1年以上居住している重度障がい者のうち、公的年金等の給付を受けることができない方 |
| 支 給 額 | 月額2万円                                                                                                      |
| そ の 他 | 所得制限があります。                                                                                                 |

## 22 NHK放送受信料の免除

|      |                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 全額免除 | 障がい者・児がいる世帯で、世帯全員が市民税非課税の場合                                                                |
| 半額免除 | 世帯主が受信契約者であり<br>(1) 視覚・聴覚障がい者が世帯主の場合<br>(2) 身体障害者手帳1、2級の方、療育手帳A判定の方、精神障害者保健福祉手帳1級の方が世帯主の場合 |

## 23 日中一時支援A型（障がい者）・B型（障がい児）

|       |                                                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 障がい者、小学生・中学生・高校生に当たる年齢の障がい児、難病患者で、日中における活動の場の提供等の支援が必要な方                 |
| 内 容   | 障がい福祉サービス事業所や障がい者支援施設等において、障がい者等に活動の場を提供し、見守り、社会に適應するための日常的な訓練その他市が認めた支援 |
| そ の 他 | 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。（原則1割負担、上限額あり）                      |

## 24 地域デイサービス事業

|       |                                                                                                            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 障がい者、難病患者で、機能訓練や生活訓練等が必要な方                                                                                 |
| 内 容   | 障がい者、難病患者、その介護を行う者の、身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、機能訓練、生活訓練、入浴、食事の提供、創作的活動、介護方法の指導、更生相談、レクリエーション等を適切かつ効果的に行うもの。 |
| そ の 他 | 本人と配偶者の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。<br>(原則1割負担、上限額あり)                                                             |

## 25 移動支援

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 障がい者・児、難病患者で、外出時に移動の支援が必要と認めた方                      |
| 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の際の移動の支援             |
| そ の 他 | 本人と配偶者（障がい児は世帯）の所得に応じ、負担金が必要な場合があります。(原則1割負担、上限額あり) |

## 26 障がい者(児)相談支援

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 障がい者・児とその家族等、発達障がいや高次脳機能障がいの診断を受けた方とその家族、難病患者とその家族   |
| 内 容   | 福祉サービス利用など生活課題に対する相談、各種支援施策に関する助言・指導、権利擁護のための必要な援助など |
| 利用方法  | 相談支援センターへお問い合わせください。                                 |

〔身体障がい者、知的障がい者、障がい児、発達障がい・難病のある方〕

荒尾事業所 (社福) さつき福祉会が運営しています

荒尾町油田48番地の7 さつき福祉会内

電話 052-613-8121

FAX 052-603-0521

〔精神障がい者、高次脳機能障がいのある方〕

横須賀事業所 (株) 波音が運営しています

養父町北反田8番地の4 サリテールモリ 1階2号室

電話 0562-33-8515

FAX 0562-33-8516

## 27 地域活動支援センター「ハーモニー」

**対 象 者** 障がい者・児、難病患者で、居場所が必要な方、生活力を高めることが必要な方

**内 容** 居場所の提供、生活力を高める事業の提供、創作的活動の場の提供、障がいに対する理解促進を図るための普及啓発等の事業等を行う。

**利用方法** 「ハーモニー」へお問い合わせください。

(社福) あゆみの会が運営しています。

元浜町10番地

電話 0562-57-0588

FAX 0562-57-0177

## 28 手話通訳者・要約筆記者の派遣

**対 象 者** 聴覚、言語機能、音声機能、その他の障がいのため、意思疎通を図ることに支障がある方

**内 容** 手話通訳者派遣事業、要約筆記者派遣事業など意思疎通を図ることに支障がある障がい者等とその他の者の意思疎通を仲介する。

**利用方法** (1) 手話通訳者派遣サービス

社会福祉課にお申し込みください。

FAX 052-603-6181

オンライン申込み(二次元バーコード読込後、入力)



(2) 要約筆記者派遣サービス

社会福祉課にお申し込みください。

FAX 052-603-6181

※(1)、(2)共に利用料は無料

## 29 手話通訳者の設置

**内 容** 聴覚障がいの方が市役所の手続きを行うとき、手話通訳者がサポートします。

**手話通訳者がいるとき**

月曜日から金曜日(市役所の開庁日)

午前9時から正午まで、午後1時から午後5時まで

市役所 社会福祉課にお越しください。

## 30 遠隔手話サービス

|      |                                                                                                          |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容  | 音声によるコミュニケーションが困難な聴覚障がいをお持ちの方が、スマートフォンやタブレット等を利用して、ビデオ通話で市の設置手話通訳者と手話で会話ができる遠隔手話サービス<br>(無料アプリ SkyPhone) |
| 利用時間 | 月曜日から金曜日(市役所の開庁日)<br>午前9時から正午まで、午後1時から午後5時まで                                                             |
| 利用方法 | 事前に登録が必要です。ご使用になるスマートフォン・タブレット等をお持ちの上、社会福祉課にお越し下さい。<br>利用料は無料です。                                         |

## 31 施設使用料の減免

内 容 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、または療育手帳の交付を受けている方が使用するとき、以下の施設においては使用料(全額)の減免制度があります。

※アクアマリンプラザの使用料の減免額は半額です。18歳未満の方は無料です。

| 施設名                | 対象となる場所                            | 備考                            |
|--------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 東海市民体育館            | メインアリーナ、サブアリーナ、剣道場、柔道場、弓道場、トレーニング室 | ロッカー、シャワーの使用料並びに教室、講座等の受講料を除く |
| しあわせ村<br>健康ふれあい交流館 | 温浴室、トレーニング室                        | トレーニング室のシャワーの使用料を除く           |
| 東海市立運動公園           | 元浜パターゴルフ場                          |                               |
| アクアマリンプラザ          | プール・トレーニングジム                       | 駐車場料金除く、但し施設利用者は当日無料          |

そ の 他 個人で利用する場合に限ります。

各施設において手帳又は、障害者手帳スマートフォンアプリ「ミライロID」の画面を提示してください。

## 32 成年後見制度の相談窓口

**内 容** 認知症や知的障がい、精神障がいのため判断能力が十分でないために、悪徳商法の被害を受けた、物忘れがあり財産管理がうまくできない、福祉サービスの契約が難しそう、そのような人を守るために成年後見制度があります。

**利用方法** 後見事務所に電話で予約。相談は無料。

**連 絡 先** NPO 法人 知多地域権利擁護支援センター

(※知多半島4市5町で業務委託しています。)

〒478-0047 知多市緑町32番地の6 知多福祉活動センター内

TEL 0562-39-2663、0562-39-3770

FAX 0562-39-2667

成年後見制度について詳しく知りたい、制度利用の仕方・申立ての手続きを知りたいなどの相談についてお気軽にご利用ください。

## 33 市内路線バスの無料乗車

**対象路線1** 東海市循環バス(らんらんバス)

※1人に限り介護人も無料となります。

《対象路線1の対象者》

- ① 身体障害者手帳を交付されている方
- ② 療育手帳を交付されている方
- ③ 精神障害者保健福祉手帳を交付されている方
- ④ 戦傷病者手帳を交付されている方

**対象路線2** 知多乗合株式会社が市内で運行する路線バス(上野台線・横須賀線)

※ただし、東海市から大府市へまたがる路線については、東海市内の運行部分を割り引いて料金を算定します(無料ではありません)。

《対象路線2の対象者》

- ① 身体障害者手帳を交付されている方
- ② 療育手帳を交付されている方
- ③ 精神障害者保健福祉手帳を交付されている方
- ④ 戦傷病者手帳を交付されている方

**乗 車 方 法** 降車時に、運転手へ手帳又は障害者手帳・特別乗車証・

スマートフォンアプリ「ミライロID」の画面、いずれかを提示してください

## 34 ごみ指定袋の追加配布

|       |                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容   | 紙おむつ用として、ごみ指定袋を年間 50 枚お渡しします。                                                           |
| 対 象 者 | 在宅で身体障害者手帳 1 級の方及びそれに準ずる状態にある方（療育手帳を交付されている方含む）で、紙おむつを使用している方<br>※1 年以内に追加配布を受けた方は除きます。 |
| 利用方法  | ごみ指定袋追加配布申請書を、社会福祉課（1 階）、こども課（6 階）へ提出してください。<br>申請書は社会福祉課、こども課にあります。                    |

## 35 東海市障がい者相談員の設置

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容  | 身体または知的に障がいがある方及びその保護者の相談に応じるとともに、障がい者の更生のために必要な援助を行うことにより、障がい者の福祉の増進を図ることを目的として設置しています。<br><br>・身体障がい者相談員とは<br>東海市身体障がい者福祉協議会から推薦され、自らが身体障害者手帳を受けている方です。<br><br>・知的障がい者相談員とは<br>東海市手をつなぐ育成会から推薦された、知的障がい者の保護者の方です。 |
| 利用方法 | 市役所 社会福祉課までお問い合わせください。後日、相談員より連絡をします。（業務上知り得た内容は秘密厳守します。）<br><br>◇ 困ったこと、悩みごと、ありませんか？<br><br>どんなことでもお気軽にご相談ください。◇                                                                                                   |

## 36 声の広報配布

**対 象** 視覚障がいのある方

**内 容** 広報「とうかい」の音声版をお配りします。

**利用方法** 東海市社会福祉協議会へお電話でお問い合わせください。  
〒476-0003 荒尾町西廻間2番地の1（しあわせ村内）  
TEL 052-689-1605  
FAX 052-604-5001  
e-mail syakyo-t@na.rim.or.jp

## 37 障がい者虐待防止センター

**内 容** 障がい者の虐待相談・虐待通報に対応します。

**虐待に関する相談・通報先**

東海市役所社会福祉課 TEL052-603-2333



## 38 災害時避難行動要支援者支援制度

**内 容** 災害時において、避難所などに避難する際に、支援が必要な方のために、あらかじめ避難計画を作成し、災害時の避難に役立てるものです。

計画は、ご本人の同意に基づき、町内会・自治会や民生委員などの避難支援者へ情報提供を行い、災害時の迅速な避難の確保に役立ちます。

### ＜避難行動要支援者とは＞

#### (1) 身体障がい者

身体障害者手帳の個別等級が、視覚障がい、聴覚障がい、肢体不自由（上肢・下肢）1～2 級、肢体不自由（体幹）1～3 級、内部障害（呼吸器）1 級

#### (2)知的障がい者      療育手帳の判定が A 判定

#### (3)精神障がい者      精神保健福祉手帳の等級が 1 級

#### (4)要介護高齢者      介護保険の認定区分が要介護 3～5

#### (5)難病患者

難病法に規定する支給認定を受けた方で、障がい福祉サービスを利用している方

#### (6)避難支援関係者が避難行動要支援者と判断した場合

#### (7)要配慮者本人が支援を申し出た場合

※施設等に入所している方を除く

## 39 ファックス利用サービス（無料）

**内 容** 聴覚・言語・音声障がいのある方が急用時に次の施設で利用できます。

**対象施設** しあわせ村（高齢者支援課）・中央図書館・市役所（社会福祉課）

# 福祉手当一覧表

| 名 称                     | 内 容                                                                                           | 支 給 額                                             | 支 給 月                   | そ の 他                                                                                                                                    |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別障害者<br>手当等<br>(国の制度)  | ① 特別障害者手当<br>20歳以上で身体又は<br>精神に著しく障がいがあるため、日常生活において介護が必要な方                                     | 月額 28,840 円<br><br>※3ヶ月以上継続して入院されている方は支給対象外となります。 | 5月<br><br>8月            | ●身体障害1～2級でIQ35以下の合併症は月額<br>① 6,850 円<br>② 6,900 円<br><br>●身体障害1～2級又はIQ35以下の方は月額<br>① 1,050 円<br>② 1,150 円<br><br>が加算されます。<br><br>●所得制限あり |
|                         | ② 経過的福祉手当<br>20歳以上の従来の福祉手当受給者で特別障害者手当及び障害基礎年金のいずれも受けられない方                                     | 月額 15,690 円                                       | 11月<br><br>2月           |                                                                                                                                          |
| 在宅重度<br>障害者手当<br>(県の制度) | 1、2 級の身体障がい者・児で、IQ35 以下の合併症の方                                                                 | 月額 15,500 円                                       | 4月<br><br>8月            | ●特別障害者手当、経過的福祉手当、障害児福祉手当受給者は除きます。<br><br>●所得制限あり<br><br>65歳以上ではじめて障害者手帳の交付を受けられている方は支給対象外です。                                             |
|                         | ※3ヶ月以上継続して入院されている方は支給対象外となります。<br><br>1、2 級の身体障がい者・児、IQ35 以下の知的障害者・児、3級の身体障がい者・児でIQ50以下の合併症の方 | 月額 6,750 円                                        | 12月                     |                                                                                                                                          |
| 援護扶助費<br>(市の制度)         | 1～3級の身体障がい者・児、療育手帳A判定の知的障がい者・児、1・2 級の精神障がい者・児                                                 | 市民税(均等割) 非課税<br>月額 7,250 円                        | 7月<br><br>11月<br><br>3月 | ●介護保険の要介護3以上の方、遺児家庭に対しても同じ制度があります。<br><br>●申請月の翌月分から支給<br><br>●支払日は支給月の末日(土日祝の場合はその前日)です。                                                |
|                         |                                                                                               | 市民税(均等割) 課税<br>月額 3,100 円                         |                         |                                                                                                                                          |
|                         | 療育手帳 B 判定の知的障がい者・児                                                                            | 市民税(均等割) 非課税<br>月額 5,200 円                        |                         |                                                                                                                                          |
|                         |                                                                                               | 市民税(均等割) 課税<br>月額 2,100 円                         |                         |                                                                                                                                          |
|                         | 4～6級の身体障がい者・児、療育手帳 C 判定の知的障がい者・児、3 級の精神障がい者・児                                                 | 市民税(均等割) 非課税<br>月額 3,950 円                        |                         |                                                                                                                                          |
|                         |                                                                                               | 市民税(均等割) 課税<br>月額 1,650 円                         |                         |                                                                                                                                          |

# 福祉手当一覧表

| 名 称                    | 内 容                                                                                                                                   | 支 給 額                                                         | 支 給 月                 | そ の 他                                                                             |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 特別児童<br>扶養手当<br>(国の制度) | 20歳未満の<br>① 療育手帳 A 判定又は<br>身体障害者手帳1・2<br>級程度                                                                                          | 月額 55,350 円                                                   | 4月<br>8月              | ●心身に重度又は<br>中度の障がいがある 20<br>歳未満の児童<br>を養育している方<br><br>●所得制限あり                     |
|                        | 20歳未満の<br>① 療育手帳 B 判定又は<br>身体障害者手帳3・4<br>級程度                                                                                          | 月額 36,860 円                                                   | 11月                   |                                                                                   |
| 障害児<br>福祉手当<br>(国の制度)  | 20歳未満の<br>① 身体障害者手帳 1 級<br>及び日常生活に常時<br>介護を要する2 級<br><br>② 療育手帳 A 判定でお<br>おむねIQ20 以下<br><br>③ 身体障害者手帳 1、2<br>級で療育手帳 A 判定<br>(IQ35 以下) | 月額<br><br>A 種( ③ )<br>22,590 円<br><br>B 種( ①又は② )<br>16,840 円 | 5月<br>8月<br>11月<br>2月 | ●20 歳未満で、<br>心身又は身体<br>に重度の障がいがあるため、日常生活<br>において常時<br>介護が必要な<br>児童<br><br>●所得制限あり |

※各施設に入所されている方は、支給対象外となります

## 療育手帳判定の区分

| 程 度 |     | I Q 値の目安 |
|-----|-----|----------|
| A判定 | 最重度 | I Q20 以下 |
|     | 重 度 | I Q21～35 |
| B判定 | 中 度 | I Q36～50 |
| C判定 | 軽 度 | I Q51～75 |

## ◎東海市の主な団体（障がい者・児）の紹介

### 東海市身体障害者福祉協議会

視覚、聴覚や上肢・体幹の障がい及び内部疾患（心臓、腎臓など病気に伴うもの）による各種の障がいを持つ方々の仲間づくりと障がい者の福祉向上を目的とした会です。

一日研修や一泊研修等を実施し、卓球、カラオケ等のサークル活動を通して会員相互の交流を深めています。

### 東海市手をつなぐ育成会

知的な障がい・発達障がいのある人と、そのご家族の親睦と福祉の向上を図るとともに、障がいのある人が地域の人たちと共に、心豊かに毎日がおくれるように、様々な面から暮らしを支える活動を行っています。

### 東海市肢体不自由児者父母の会

共に支え合う社会の実現に向け、障がい児（者）に保護者家族等の立場からできることを行っています。例えば、相互交流をはかるために、リフトバスを利用し、肢体不自由の誰もが参加できるように計画したり、情報交換の場として、施設見学、勉強会、座談会を開催したりしています。

## ☆障がい者を表すマーク☆



国際シンボルマーク

障がい者が容易に利用できる建物、施設であることを明確にするためのマークです。

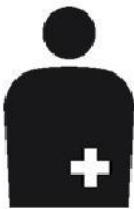
※このマークはすべての障がい者を対象としたものです。

車いすを利用する障がい者を限定し使用されるものではありません



耳マーク

聴覚障がい者のコミュニケーションの円滑化を図るため制定されたもので、公的機関を利用するときはラベルを申請書、預金通帳、診察券などに貼り、利用する方は胸などにネームプレートを付けます。



オストメイトマーク

人工肛門・人工膀胱を使用している方(オストメイト)のための設備があることを表しています。オストメイト対応トイレの入り口・案内誘導プレートに表示されています。



ハート・プラスマーク

「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、呼吸機能、じん臓、膀胱・直腸、小腸、免疫機能）の障がいをお持ちの方は外見から分かりにくいいため、様々な誤解を受けることがあります。このマークを着用されている方を見かけた場合は、内部障がいについてご理解・ご協力をお願いいたします。



ほじょ犬マーク

身体障がい者補助犬同伴の啓発のためのマークです。身体障害者補助犬とは、盲導犬・介助犬・聴導犬のことを言います。お店の入り口などでこのマークを見かけたり、補助犬を連れている方を見かけた場合は、ご理解・ご協力をお願いいたします。



#### ヘルプマーク

義足や人工関節を使用している方、内部障がいや難病の方、または妊娠初期の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が身に付け、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせるマークです。



#### 身体障害者標識

普通自動車を運転することができる免許を受けた方で、肢体不自由であることを理由に当該免許に条件を付されている方です。表示するように努めてください。



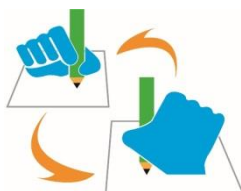
#### 聴覚障害者標識

普通自動車を運転することができる免許を受けた方で、政令で定める程度の聴覚障がいのあることを理由に当該免許に条件を付されている方です。表示が義務づけられています。



#### 手話マーク

一般社団法人全日本ろうあ連盟が作成したろう者等、手話を必要としている方のためのマークです。  
5本指と輪っかで手話の動きを表現しています。



#### 筆談マーク

一般社団法人全日本ろうあ連盟が作成したろう者等、筆談を必要としている方(ろう者等、音声言語障がい者、知的障がい者、外国人なども含みます)のためのマークです。

相互に紙に書くことによるコミュニケーションを表現しています。