

令和6年度

# 障害者福祉のしおり

上市町

## 【お願い】

※このしおりの内容は、令和6年4月1日現在の状況で作成していますが、制度が変更される場合もありますのでご注意ください。

※このしおりは各制度を簡単にまとめたものです。各制度にはさまざまな条件がありますので、詳しい内容や申請の方法については、事前にお電話でお問い合わせください。

## 〔関係機関の電話番号〕

◆上市町役場 …………… 電話 076-472-1111

※福祉のことは ……………福祉課へ  
※医療費や年金のことは …町民課へ

◆上市町社会福祉協議会 ……… 電話 076-473-9300

◆富山県中部厚生センター ……… 電話 076-472-1234

◆魚津年金事務所 …………… 電話 0765-24-5153

◆富山年金事務所 …………… 電話 076-441-3926

# 目 次

## 1 障害者手帳について

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・・・・・・・・・・ | P 1 |
|------------------------------------|-----|

## 2 年金・手当・お金に関すること

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| ① 障害基礎年金・障害厚生年金・・・・・・・・・・       | P 2   |
| ② 障害年金生活者支援給付金・特別障害給付・・・・・・・・・・ | P 3   |
| ③ 上市町心身障害者年金・・・・・・・・・・          | P 3   |
| ④ 児童扶養手当・・・・・・・・・・              | P 4   |
| ⑤ 特別児童扶養手当・・・・・・・・・・            | P 4   |
| ⑥ 障害児福祉手当・・・・・・・・・・             | P 5   |
| ⑦ 特別障害者手当・・・・・・・・・・             | P 6～7 |
| ⑧ 自動車事故による障害者への支援・・・・・・・・・・     | P 8   |
| ⑨ 富山県心身障害者扶養共済制度・・・・・・・・・・      | P 8   |
| ⑩ 生活福祉資金貸付制度・・・・・・・・・・          | P 9   |
| ⑪ 生活保護制度・・・・・・・・・・              | P 9   |

## 3 医療費助成等に関すること

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| ① 自立支援医療（更生医療）・・・・・・・・・・    | P 10 |
| ② 自立支援医療（育成医療）・・・・・・・・・・    | P 10 |
| ③ 自立支援医療（精神通院）・・・・・・・・・・    | P 11 |
| ④ 重度心身障害者等の医療費の助成・・・・・・・・・・ | P 12 |

## 4 日常生活の支援について

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| ① 障害者総合支援法による障害福祉サービス（自立支援給付）・・・・・・・・ | P 13～14 |
| ② 児童福祉法による障害福祉サービス（障害児通所給付）・・・・・・・・   | P 15    |
| ③ 地域生活支援事業・・・・・・・・・・                  | P 16    |
| ④ 緊急通報装置の貸与・・・・・・・・・・                 | P 17    |
| ⑤ 補装具の給付・・・・・・・・・・                    | P 17    |
| ⑥ 日常生活用具の給付・・・・・・・・・・                 | P 18    |
| ⑦ 住宅改修費の補助・・・・・・・・・・                  | P 19    |
| ⑧ 町営住宅の単身入居、家賃減額・・・・・・・・・・            | P 19    |
| ⑨ 福祉タクシー（ガソリン）補助券・・・・・・・・・・           | P 20    |
| ⑩ オムツ購入補助券・・・・・・・・・・                  | P 20    |

|   |                       |      |
|---|-----------------------|------|
| ⑪ | 寝具洗濯乾燥消毒              | P 20 |
| ⑫ | 自動車運転免許証取得費の助成        | P 21 |
| ⑬ | 自動車改造費の助成             | P 21 |
| ⑭ | 駐車禁止規制の適用除外           | P 21 |
| ⑮ | 手話通訳者の派遣              | P 21 |
| ⑯ | 点字投票、代理投票、郵便等による不在者投票 | P 22 |

## 5 税の減免と控除について

|   |                       |      |
|---|-----------------------|------|
| ① | 自動車税、自動車取得税又は軽自動車税の減免 | P 23 |
| ② | 所得税、住民税の控除            | P 24 |

## 6 その他の割引について

|   |                              |         |
|---|------------------------------|---------|
| ① | 有料道路、電車、飛行機、バス、タクシー等の障害者割引制度 | P 25～27 |
| ② | 携帯電話料金割引、電話番号無料案内            | P 27    |
| ③ | NHK放送受信料の免除                  | P 27    |
| ④ | 県立施設、町立施設の利用料                | P 28    |

## 7 相談窓口について

|   |              |      |
|---|--------------|------|
| ① | 相談窓口、機関      | P 28 |
| ② | 障害者相談支援事業者   | P 28 |
| ③ | 就労に関する相談     | P 29 |
| ④ | 生活の困りごと相談    | P 29 |
| ⑤ | 住宅改修や福祉用具の相談 | P 29 |
| ⑥ | 病気や障害に関する相談  | P 30 |

## 8 権利を守るしくみ

|   |              |      |
|---|--------------|------|
| ① | 日常生活自立支援事業   | P 31 |
| ② | 成年後見制度利用支援事業 | P 31 |

## 1 障害者手帳について

次の障害者手帳を取得されると、必要な相談や福祉サービスが利用することができます。

### 身体障害者手帳

| 内 容                                                                                                                         |                                                                                                                            |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 身体障害者福祉法に定められた身体障害（上肢・下肢・体幹・目・耳・平衡機能・音声・言語・そしゃく機能・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓・免疫機能）に該当すると認められた方に交付されます。障害の程度により、1級～6級の区分があります。 |                                                                                                                            |                         |
| 手 続                                                                                                                         | 申請に必要なもの                                                                                                                   |                         |
| 新規及び程度変更                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・交付申請書</li> <li>・指定医師診断書</li> <li>・写真（4 cm × 3 cm）</li> <li>・マイナンバーの確認書類</li> </ul> |                         |
| 再交付                                                                                                                         | 紛失・破損                                                                                                                      | ・再交付申請書・写真（4 cm × 3 cm） |
| ※住所や氏名が変わったときは、変更の手続が必要です。                                                                                                  |                                                                                                                            |                         |
| ※死亡されたとき又は障害の程度が該当しなくなったときは、手帳を返還してください。                                                                                    |                                                                                                                            |                         |
| 〔問合せ先・申請窓口〕 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                                           |                                                                                                                            |                         |

### 療育手帳

| 内 容                                                                                                              |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 知的機能の障害が発達期（概ね 18 歳未満）にあらわれ、日常生活に支障がある方に交付されます。18 歳未満の方は児童相談所、18 歳以上の方は障害者相談センターで判定します。<br>障害の程度により、AとBの区分があります。 |                                                   |
| 手 続                                                                                                              | 申請に必要なもの                                          |
| 新規                                                                                                               | ・ 交付申請書      ・ 写真（ 4 cm × 3 cm）<br>・ マイナンバーの確認書類  |
| 更新（再判定・障害の程度変更）                                                                                                  | ・ 更新申請書      ・ 写真（ 4 cm × 3 cm）<br>・ マイナンバーの確認書類  |
| 再交付（紛失・破損）                                                                                                       | ・ 再交付申請書      ・ 写真（ 4 cm × 3 cm）<br>・ マイナンバーの確認書類 |
| ※転居、本人又は保護者の氏名を変更された場合は、変更の手続が必要です。<br>※手帳の交付を受けた方が死亡されたとき又は県外へ転出されるときは手帳を返還してください。                              |                                                   |
| 〔問合せ先・申請窓口〕      福祉課   児童班（つるぎふれあい館2階）                                                                           |                                                   |

### 精神障害者保健福祉手帳

| 内 容                                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 精神障害（知的障害を除く）のため、長期にわたり日常生活又は社会生活に制約がある方に交付されます。障害の程度により、１～３級の等級があり、障害年金の障害等級に準じています。手帳の有効期間は２年間です。 |                                                                                                                                                                                 |
| 手 続                                                                                                 | 申請に必要なもの                                                                                                                                                                        |
| 新 規                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 申請書</li><li>・ 医師の診断書（初診日から６か月以降のもの）、精神障害を支給事由とする障害年金又は特別障害給付金を現に受けていることを証明する書類の写し</li><li>・ 写真（４cm×３cm）</li><li>・ マイナンバーの確認書類</li></ul> |
| 再交付<br>（紛失・破損）                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 再交付申請書</li><li>・ 写真（４cm×３cm）</li></ul>                                                                                                  |
| ※住所や氏名が変わったときは、変更の手続が必要です。                                                                          |                                                                                                                                                                                 |
| ※県外へ転出されるときは、手帳を返還してください。                                                                           |                                                                                                                                                                                 |
| 〔問合せ先・申請窓口〕 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                   |                                                                                                                                                                                 |

## 2 年金・手当・お金に関すること

### 障害基礎年金

| 対 象 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <p>以下の要件をすべて満たしている方。</p> <p>(1) 国民年金加入中に初診日（障害の原因となった病気やケガについて、初めて医師の診療を受けた日）があること。ただし、20歳前や60歳以上65歳未満の間に初診日があるときも含みます※。</p> <p>(2) 障害認定日（初診日から1年6ヶ月を経過した日又は1年6か月以内に症状が固定した日）において、法令により定められた障害等級表による障害の状態にある方。</p> <p>(3) 初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間の2/3以上の期間について、保険料が納付、免除されていること又は初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないこと。</p> <p>※20歳前に初診日のある事由により障害等級1級・2級に該当した方は、20歳から（障害認定日が20歳後の場合は、障害認定日から）支給されます。ただし、本人に一定額以上の所得や他年金の受給がある場合、支給が制限されます。</p> |                                                                  |
| 等 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 金 額                                                              |
| 1 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (67歳以下) 年額 1,020,000 円 + 子の加算額<br>(68歳以上) 年額 1,017,125 円 + 子の加算額 |
| 2 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (67歳以下) 年額 816,000 円 + 子の加算額<br>(68歳以上) 年額 813,700 円 + 子の加算額     |
| <p>《支 給》2か月分を偶数月に口座振り込み。</p> <p>《加 算》18歳未満（障害児は20歳未満）の子がいる場合は、加算があります。</p> <p>《ご注意》年金の等級と、障害の手帳の等級は異なるものです。</p> <p>《免 除》障害基礎年金を受給中の方は、申請により国民年金保険料が免除されます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |
| <p>(注意) 障害年金を受けるには、年金の請求手続きが必要です。</p> <p>まずは下記の窓口までご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |
| <p>〔問合せ先・年金の請求窓口〕 魚津年金事務所 電話：0765-24-5153<br/>町民課 住基戸籍班（役場1階）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |

### 障害厚生年金

| 対 象 者                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>以下の要件をすべて満たしている方。</p> <p>(1) 厚生年金加入中に初診日（障害の原因となった病気やケガについて、初めて医師の診療を受けた日）があること。</p> <p>(2) 障害認定日（初診日から1年6ヶ月を経過した日又は、1年6か月以内に症状が固定した日）において、法令により定められた障害等級表による障害の状態にある方。</p> <p>(3) 初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間の2/3以上の期間について、保険料が納付、免除されていること又は初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないこと。</p> |                    |
| 等 級                                                                                                                                                                                                                                                                             | 内 容                |
| 1 級、2 級                                                                                                                                                                                                                                                                         | 障害基礎年金に上乗せ         |
| 3 級                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2級に該当しない軽い程度の障害のとき |
| 障害手当金                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3級に該当しない軽い程度の障害のとき |
| <p>・ 障害厚生年金の1級又は2級を受給中の方は、申請により国民年金保険料が免除されます。</p> <p>・ その他のことは年金事務所にお問い合わせください。</p>                                                                                                                                                                                            |                    |
| <p>(注意) 障害年金を受けるには、年金の請求手続きが必要です。</p> <p>まずは下記の窓口までご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                 |                    |
| <p>〔問合せ先・年金の請求窓口〕 魚津年金事務所 電話：0765-24-5153</p>                                                                                                                                                                                                                                   |                    |

## 障害年金生活者支援給付金

| 対 象 者                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 以下の要件をすべて満たしている方。<br>(1) 障害基礎年金(※1)を受けている<br>(2) 前年の所得額(※2)が「4,721,000円+扶養親族の数×38万円(※3)」以下である<br>※1 旧法の障害年金、旧共済の障害年金であって、政令で定める年金についても対象です。<br>※2 障害年金等非課税収入は、年金生活者支援給付金の判定に用いる所得には含まれません。<br>※3 同一生計配偶者のうち70歳以上の者または老人扶養親族の場合は48万円、特定扶養親族または16歳以上19歳未満の扶養親族の場合は63万円になります。 |                 |
| 等 級                                                                                                                                                                                                                                                                        | 内 容             |
| 1 級                                                                                                                                                                                                                                                                        | 6, 6 3 8 円 (月額) |
| 2 級                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5, 3 1 0 円 (月額) |
| 〔問合せ先・申請窓口〕 魚津年金事務所 電話：0765-24-5153                                                                                                                                                                                                                                        |                 |

## 特別障害給付金

| 対 象 者                                                                                                                             |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 国民年金に任意加入していなかった以下の期間内に初診日のある傷病により、現在、障害年金1、2級に相当する障害に該当している方。<br>・学生だった平成3年3月以前の期間<br>・被用者年金加入者の配偶者又は被用者年金受給者の配偶者だった昭和61年3月以前の期間 |                   |
| 等 級                                                                                                                               | 内 容               |
| 1 級                                                                                                                               | 5 5, 3 5 0 円 (月額) |
| 2 級                                                                                                                               | 4 4, 2 8 0 円 (月額) |
| 〔問合せ先・申請窓口〕 魚津年金事務所 電話：0765-24-5153<br>町民課 住基戸籍班(役場1階)                                                                            |                   |

## 上市町心身障害者年金

| 対 象 | 上市町に居住する20歳以上の障害者で、(1)～(3)のいずれかに該当する方。<br>ただし、生活保護施設等の入所者及び特別障害者手当の受給者は対象外です。<br>(1) 身体障害者手帳1級<br>(2) 療育手帳A<br>(3) 精神障害者保健福祉手帳1級 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 年 額 1 2, 0 0 0 円 年 2 回 (9月・翌年3月) に分けて支給します。                                                                                      |
| 窓 口 | 福祉課 社会福祉班(つるぎふれあい館1階)                                                                                                            |

## 児童扶養手当

|      |                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象  | 18歳以下の児童を養育する（1）ひとり親家庭の父又は母等（2）父又は母に重度の障害がある家庭（3）父母に代わって児童を養育している方。                   |
| 内 容  | 所得に応じて、月額45,500円～10,740円を支給。<br>（児童2人の場合は10,740円～5,380円を加算。3人以降はさらに6,440円～3,230円ずつ加算） |
| 支給制限 | ・ 児童が施設に入所しているとき<br>・ 児童や手当を受けようとする方が公的年金を受給できるとき<br>・ 所得が所得制限額をこえているとき 等             |
| 窓 口  | 福祉課 児童班（つるぎふれあい館2階）                                                                   |

## 特別児童扶養手当

|      |                                                                                                                                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象  | 20歳未満の次の（1）～（3）に該当する児童の養育者に支給されます。<br>（1）知的障害のため、日常生活において著しい制限を受ける状態にあるとき<br>（おおむね療育手帳A、Bの一部）<br>（2）身体に中度以上の障害又は長期の安静を必要とする状態にあるとき（おおむね身体障害者手帳で1級～3級と4級の一部）<br>（3）精神障害（統合失調症、そううつ病・てんかん症・発達障害など）によって、日常生活において著しい制限を受けるとき |
| 内 容  | ・ 1級（重度障害児） 月額：55,350円<br>・ 2級（中度障害児） 月額：36,860円                                                                                                                                                                         |
| 支給制限 | ・ 施設に入所しているとき<br>・ 障害を事由とする年金を受給しているとき<br>・ 所得が所得制限額をこえているとき 等                                                                                                                                                           |
| 窓 口  | 福祉課 児童班（つるぎふれあい館2階）                                                                                                                                                                                                      |

## 障害児福祉手当

|     |                                                                             |  |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 対 象 | 別表に該当する障害の状態にあるために、常時介護を要する在宅の20歳未満の方<br>※別表の障害に1つ以上に該当するもの。所定の診断書により認定します。 |  |  |  |
| 内 容 | ・月額 15,690円                                                                 |  |  |  |

## 特別障害者手当

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | <p>次に該当する障害の状態にあるために常時介護を要する在宅の20歳以上の方</p> <p>(1) 表1のうち2つ以上に該当するもの</p> <p>(2) 表1のうち1つに該当し、かつ、表2のうち2つに該当するもの</p> <p>(3) 表1のうち3～5のいずれかに該当し、それが特に重度であるため、日常生活に全面的な介護を要するもの</p> <p>(4) 内部障害、その他の疾患で、病状が絶対安静を必要とするもの</p> <p>(5) 精神の障害(知的障害を含む)で、日常生活能力の評価が極めて重度と認められるもの</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 内 容 | <p>・月額 28,840円</p> <p>・支給月 2, 5, 8, 11月</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 表 1 | <p>1 両眼の視力がそれぞれ0.03以下のもの、又は一眼の視力が0.04、他眼の視力が手動弁以下のもの<br/>ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼のI/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつI/2視標による両眼中心視野角度が28度以下のもの<br/>自動視野計による測定の結果、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</p> <p>2 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</p> <p>3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの又は両上肢のすべての指を欠くもの若しくは両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>4 両下肢の機能に著しい障害を有するもの又は両下肢を足関節以上で欠くもの</p> <p>5 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの</p> <p>6 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が1～5と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</p> <p>7 精神の障害(知的障害を含む)であって、1～6と同程度以上と認められる程度のもの</p> |
| 表 2 | <p>1 両眼の視力がそれぞれ0.07以下、又は1眼の視力が0.08、他眼の視力が手動弁以下のもの</p> <p>2 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの</p> <p>3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの</p> <p>4 そしゃく機能を失ったもの</p> <p>5 音声又は言語機能を失ったもの</p> <p>6 両上肢のおや指及び人さし指の機能を全廃したもの又は両上肢のおや指及び人さし指を欠くもの</p> <p>7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの又は一上肢のすべての指を欠くもの若しくは一上肢のすべての指の機能を全廃したもの</p> <p>8 一下肢の機能を全廃したもの又は一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの</p> <p>9 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの</p> <p>10 1～9のほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が1～9と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</p> <p>11 精神の障害(知的障害を含む)であって、1～10と同程度以上と認められる程度のもの</p>      |

|                                    |                                                                                                                                |           |                  |            |           |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|------------|-----------|
| 支給<br>制限                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設に入所したとき</li> <li>・３ヶ月を超えて入院したとき（病院、老人保健施設）</li> <li>・算定所得金額が所得制限額をこえているとき</li> </ul> |           |                  |            |           |
|                                    | 《所得制限限度額表》                                                                                                                     |           | ※算定所得金額＝所得額－各種控除 |            |           |
|                                    | 扶養親族<br>等の数                                                                                                                    | 本人        |                  | 配偶者及び扶養義務者 |           |
|                                    |                                                                                                                                | 収入額       | 所得額              | 収入額        | 所得額       |
|                                    | 0                                                                                                                              | 5,180,000 | 3,604,000        | 8,319,000  | 6,287,000 |
|                                    | 1                                                                                                                              | 5,656,000 | 3,984,000        | 8,596,000  | 6,536,000 |
|                                    | 2                                                                                                                              | 6,132,000 | 4,364,000        | 8,832,000  | 6,749,000 |
|                                    | 3                                                                                                                              | 6,604,000 | 4,744,000        | 9,069,000  | 6,962,000 |
|                                    | 4                                                                                                                              | 7,027,000 | 5,124,000        | 9,306,000  | 7,175,000 |
|                                    | 5                                                                                                                              | 7,449,000 | 5,504,000        | 9,542,000  | 7,388,000 |
| ※所得制限に該当した場合は、8月～翌年7月分まで支給停止になります。 |                                                                                                                                |           |                  |            |           |
| 窓 口                                | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                                                          |           |                  |            |           |

## 自動車事故による障害者への支援

| 重度後遺障害者に介護料を支給                                                                                                                                                      |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 自動車事故が原因で脳・脊髄・胸腹部臓器を損傷したことにより重度な後遺障害が残り、常時又は随時の介護が必要な方に対し、介護料を支給。                                                                                                   |                                      |
| ※介護保険、労災保険の介護（補償）給付等との併給は不可。                                                                                                                                        |                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・最重度の方 85,310円 ～ 211,530円 (月額)</li> <li>・常時要介護の方 72,990円 ～ 166,950円 (月額)</li> <li>・随時要介護の方 36,500円 ～ 83,480円 (月額)</li> </ul> |                                      |
| 交通遺児への支援                                                                                                                                                            |                                      |
| 自動車事故で保護者が死亡または重い後遺障害が残った場合に、その家庭の中学校卒業までの児童を対象に、無利子で育成資金が借りられます。                                                                                                   |                                      |
| 返還は中学卒業1年後から20年以内に分賦。ただし、高校・大学への通学者は、その在学期間中は返済が猶予されます。                                                                                                             |                                      |
| 窓 口                                                                                                                                                                 | 自動車事故対策機構（NASVA）富山支所 電話：076-421-1631 |

## 富山県心身障害者扶養共済制度

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|--------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 概 要     | 障害者（児）の保護者が、毎月の掛金を納付することにより、保護者が死亡又は重度障害となったときに、残された障害者（児）に年金が支給されます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 年 金     | 加入した保護者が死亡又は重度障害となったときから、障害者（児）に終身支給。<br>・ 1 口      2 0, 0 0 0 円   （月額）   ・ 2 口      4 0, 0 0 0 円   （月額）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 弔 慰 金   | 1 年以上継続加入後、加入した保護者より先に障害者（児）が死亡したときに支給。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 一 時 金   | 5 年以上継続加入後、任意で制度を脱退するときに支給。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 加 入 要 件 | <div>・ 加入できる保護者の要件</div> <div>※障害者（児）を現に扶養している保護者であって次の全ての要件を満たしている方</div> <div>（1）年齢が6 5 歳未満であること（加入年度の4 月 1 日における年齢です。）</div> <div>（2）特別の疾病又は障害がなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること</div> <div>（3）障害のある方 1 人に対して、加入できる保護者は 1 人であること</div> <div>・ 障害者（児）の範囲</div> <div>※次のいずれかの障害のある方で、将来独立自活することが困難である方</div> <div>（1）療育手帳 A ・ B の交付を受けた方</div> <div>（2）身体障害者手帳 1 ～ 3 級の交付を受けた方</div> <div>（3）精神や身体に（1）又は（2）と同程度の障害がある方</div> <div>（例えば精神疾患、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など）</div> |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 掛 金     | <div>≪ 1 口につき≫      ※ 2 口まで加入できます。</div> <table><tr><td>加入時の年齢</td><td>～34</td><td>35～39</td><td>40～44</td><td>45～49</td><td>50～54</td><td>55～59</td><td>60～64</td></tr><tr><td>掛金月額</td><td>9, 300 円</td><td>11, 400 円</td><td>14, 300 円</td><td>17, 300 円</td><td>18, 800 円</td><td>20, 700 円</td><td>23, 300 円</td></tr></table>                                                                                                                              |           |           |           |           |           |           |  | 加入時の年齢 | ～34 | 35～39 | 40～44 | 45～49 | 50～54 | 55～59 | 60～64 | 掛金月額 | 9, 300 円 | 11, 400 円 | 14, 300 円 | 17, 300 円 | 18, 800 円 | 20, 700 円 | 23, 300 円 |
| 加入時の年齢  | ～34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 35～39     | 40～44     | 45～49     | 50～54     | 55～59     | 60～64     |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 掛金月額    | 9, 300 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 11, 400 円 | 14, 300 円 | 17, 300 円 | 18, 800 円 | 20, 700 円 | 23, 300 円 |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |
| 窓 口     | 福祉課    社会福祉班（つるぎふれあい館 1 階）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |           |           |           |           |           |  |        |     |       |       |       |       |       |       |      |          |           |           |           |           |           |           |

## 生活福祉資金貸付制度

|     |                                                                                                                |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 概 要 | <p>障害者世帯(※)、低所得世帯、高齢者世帯に低利または無利子で生活資金を貸し付ける制度です。</p> <p>(※)障害者世帯・・・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けたものが属する世帯</p> |
| 窓 口 | <p>上市町社会福祉協議会      電話：076－473－9300</p>                                                                         |

## 生活保護制度

|       |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 概 要   | <p>利用できる資産・能力・様々な制度を活用してもなお生活に困窮されている方に、最低限度の生活を保障する制度です。</p>                                                                                                                                                    |
| 要 件   | <p>利用できる資産・能力・他の制度が優先します。</p> <p>(1)預貯金、生活に利用していない土地・家屋、生命保険の解約返戻金等があればそれらをまず活用してください。</p> <p>(2)働ける方は、その能力に応じて働いてください。</p> <p>(3)他の制度の年金や手当などが受給できる場合は、受給してください。</p> <p>(4)親族等から援助を受けることができる場合は、援助を受けてください。</p> |
| 保 護 費 | <p>厚生労働大臣が定める最低生活費と現在の収入を比較します。</p> <p>現在の収入が最低生活費に満たない場合に、その差額分が支給されます。</p> <div style="text-align: center;"> <p style="margin-top: 10px;">支給される保護費</p> </div> <p>支給は毎月です。</p>                                  |
| 相 談   | <p>福祉課社会福祉班（つるぎふれあい館 1 階）へご相談ください。</p> <p>生活保護制度の説明のほか、生活福祉資金やその他の制度の活用についても検討します。</p>                                                                                                                           |

### 3 医療費助成等に関すること

#### 自立支援医療(更生医療)

| 概 要          | <p>身体障害を軽くする、取りのぞく、進行を防ぐために行われる医療に対するの公費負担制度です。</p> <p>対象は、「障害そのもの」であり、疾病を対象とする一般医療（いわゆる内科的治療）とは異なります。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|----------------------------|-----|--------------------------------|------------|------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------|-----|------------|--------------|-----------------------------------|--------|---------------------|
| 給 付          | <p>原則として医療費の自己負担が1割になります。</p> <p>さらに、世帯の所得状況に応じて1ヶ月あたりの負担上限が設けられています。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 対 象 者        | <p>18歳以上の身体障害者手帳所持者であり、手術等により障害が軽減されると判定された方</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 対象医療         | <p><b>対象となる医療の例</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>障 害</th><th>手 術</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視覚障害</td><td>・ 水晶体超音波乳化吸引術 + 眼内レンズ挿入術 等</td></tr> <tr> <td>聴障害</td><td>・ 人工内耳埋め込み術 ・ 鼓室形成術 ・ アブミ骨手術 等</td></tr> <tr> <td>音声言語、咀嚼機障害</td><td>・ 上・（下）顎骨形成術 ・ 顎口蓋裂形成術<br/>・ 歯科矯正 等</td></tr> <tr> <td>腎臓機能障害</td><td>・ 腎移植術 ・ 腎移植術後の抗免疫療法（免疫抑制療法）<br/>・ 人工腎臓（血液透析・血液濾過） 等</td></tr> <tr> <td>肢体不自由</td><td>・ 人工関節置換術 ・ 関節形成術 ・ 関節固定術<br/>・ 腱移植術 ・ 椎弓切除術 ・ 脊柱管拡大術 等</td></tr> <tr> <td>心臓障害</td><td>・ 体内式P-M埋込み術<br/>・ 心筋梗塞後狭心症の経皮的冠動脈形成術（PTCA）1回限り<br/>・ 埋込み型除細動器移植術 等</td></tr> <tr> <td>小腸障</td><td>・ 中心静脈栄養法等</td></tr> <tr> <td>HIVによる免疫機能障害</td><td>・ 抗HIV療法 ・ 免疫調節療法 ・ HIV感染に対する医療 等</td></tr> <tr> <td>肝臓機能障害</td><td>・ 肝臓移植 ・ 臓移植後の抗免疫療法</td></tr> </tbody> </table> <p>※ ここに示しているのは、更生医療適用手術症例と療法の一部です。<br/>詳しくは医療機関に確認してください。</p> | 障 害 | 手 術 | 視覚障害 | ・ 水晶体超音波乳化吸引術 + 眼内レンズ挿入術 等 | 聴障害 | ・ 人工内耳埋め込み術 ・ 鼓室形成術 ・ アブミ骨手術 等 | 音声言語、咀嚼機障害 | ・ 上・（下）顎骨形成術 ・ 顎口蓋裂形成術<br>・ 歯科矯正 等 | 腎臓機能障害 | ・ 腎移植術 ・ 腎移植術後の抗免疫療法（免疫抑制療法）<br>・ 人工腎臓（血液透析・血液濾過） 等 | 肢体不自由 | ・ 人工関節置換術 ・ 関節形成術 ・ 関節固定術<br>・ 腱移植術 ・ 椎弓切除術 ・ 脊柱管拡大術 等 | 心臓障害 | ・ 体内式P-M埋込み術<br>・ 心筋梗塞後狭心症の経皮的冠動脈形成術（PTCA）1回限り<br>・ 埋込み型除細動器移植術 等 | 小腸障 | ・ 中心静脈栄養法等 | HIVによる免疫機能障害 | ・ 抗HIV療法 ・ 免疫調節療法 ・ HIV感染に対する医療 等 | 肝臓機能障害 | ・ 肝臓移植 ・ 臓移植後の抗免疫療法 |
| 障 害          | 手 術                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 視覚障害         | ・ 水晶体超音波乳化吸引術 + 眼内レンズ挿入術 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 聴障害          | ・ 人工内耳埋め込み術 ・ 鼓室形成術 ・ アブミ骨手術 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 音声言語、咀嚼機障害   | ・ 上・（下）顎骨形成術 ・ 顎口蓋裂形成術<br>・ 歯科矯正 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 腎臓機能障害       | ・ 腎移植術 ・ 腎移植術後の抗免疫療法（免疫抑制療法）<br>・ 人工腎臓（血液透析・血液濾過） 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 肢体不自由        | ・ 人工関節置換術 ・ 関節形成術 ・ 関節固定術<br>・ 腱移植術 ・ 椎弓切除術 ・ 脊柱管拡大術 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 心臓障害         | ・ 体内式P-M埋込み術<br>・ 心筋梗塞後狭心症の経皮的冠動脈形成術（PTCA）1回限り<br>・ 埋込み型除細動器移植術 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 小腸障          | ・ 中心静脈栄養法等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| HIVによる免疫機能障害 | ・ 抗HIV療法 ・ 免疫調節療法 ・ HIV感染に対する医療 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 肝臓機能障害       | ・ 肝臓移植 ・ 臓移植後の抗免疫療法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 支給制限         | <p>所得が所得制限額をこえているとき</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |
| 窓 口          | <p>福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |      |                            |     |                                |            |                                    |        |                                                     |       |                                                        |      |                                                                   |     |            |              |                                   |        |                     |

#### 自立支援医療(育成医療)

|       |                                                                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 概 要   | <p>現在身体に障害がある、または治療を行わないと一定の身体障害を残すと認められる児童に対して行う、その治療に対する給付です。</p>                                                                  |
| 給 付   | <p>原則として、医療費の自己負担が1割になります。</p> <p>世帯の所得に応じてさらに負担が軽減されます。</p>                                                                         |
| 申請書類  | <p>(1)申請書 (2)自立支援医療費診断書 (3)医療保険の加入関係を示すものの写し<br/>(4)所得状況を証明する書類 (5)所得の区分に関するチェックシート<br/>※(2)の診断書が必要ですので、まずはかかりつけの医療機関にお問い合わせ下さい。</p> |
| 対 象 者 | <p>18歳未満の児童（治療開始前に申請してください）</p>                                                                                                      |
| 支給制限  | <p>所得が所得制限額をこえているとき</p>                                                                                                              |
| 窓 口   | <p>福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）</p>                                                                                                         |

## 自立支援医療(精神通院)

|         |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 概 要     | 通院による精神科医療（てんかんを含む）を続ける必要がある方の通院医療費の自己負担を軽減するための公費負担医療制度です。                                                                                                                                                                                    |
| 対 象 者   | 通院による精神科医療（てんかんを含む）が継続的に必要な方。                                                                                                                                                                                                                  |
| 対 象 医 療 | <p>精神通院医療を担当する診療科において行われる通院医療。<br/>（外来での投薬、調剤薬局、デイケア、訪問看護が含まれます。）</p> <p>※以下の医療は対象外となります</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院医療の費用</li> <li>・公的医療保険が対象とならない治療、投薬などの費用<br/>（例：病院や診療所以外でのカウンセリング）</li> <li>・他の診療科（内科など）の医療費</li> </ul> |
| 給 付     | <p>原則として、医療費の自己負担が1割になります。</p> <p>世帯の所得に応じてさらに負担が軽減されます。</p>                                                                                                                                                                                   |
| 申 請 書 類 | <p>（1）申請書 （2）自立支援医療費診断書 （3）調査同意書（所得状況確認）<br/>（4）医療保険の加入関係を示すものの写し（保険者証） （5）委任状の写し<br/>（6）所得の区分に関するチェックシート （7）受給者証の写し（新規申請は不用）<br/>（8）マイナンバーの確認書類（新規申請のみ）</p> <p>※（2）の診断書が必要ですので、まずはかかりつけの医療機関にお問い合わせ下さい。</p>                                   |
| 支 給 制 限 | 所得が所得制限額をこえているとき                                                                                                                                                                                                                               |
| 窓 口     | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                                                                                                                                                                          |

## 重度心身障害者等の医療費の助成

次の方の医療費の自己負担分※を助成します。

ただし、世帯の前年分の合計所得金額が1,000万円以上となる方は、助成の対象となりません。

※医療費の自己負担分とは…病院等にかかった際に窓口で本人が負担する次の額から、高額療養費や入院時の食事療養費などを除いた額のことです。

①自己負担金 国民健康保険や職場の健康保険(被用者保険)の方の負担額

②一部負担金 後期高齢者医療保険の方の負担額

|        | 対象者                                                                                                                                        | 助成額                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 重<br>度 | 65歳未満の方でいずれかに該当する方<br>(1)身体障害者手帳1、2級<br>(2)療育手帳A<br>(3)精神障害者保健福祉手帳1級                                                                       | 自己負担金の額<br>(窓口での負担なし)                                                                                                                                                                                                                                          |
|        | 65歳以上の方で後期高齢者医療制度に加入し、次のいずれかに該当する方<br>(1)国民年金法による障害年金1級受給者<br>(2)身体障害者手帳1、2級<br>(3)療育手帳A<br>(4)精神障害者保健福祉手帳1級                               | 一部負担金の額                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 中<br>度 | 65歳以上の方で後期高齢者医療制度に加入し、次のいずれかに該当する方<br>(1)国民年金法による障害年金2級受給者<br>(2)身体障害者手帳3級<br>(3)身体障害者手帳4級の一部<br>(音声言語機能障害、下肢障害1、3、4号)<br>(4)精神障害者保健福祉手帳2級 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|        | 上記の方のうち現役並み所得(住民税の課税所得が145万円以上)の方                                                                                                          | 一部負担金から総医療費の1割を控除した額                                                                                                                                                                                                                                           |
| 軽<br>度 | 65歳以上～70歳未満の方で次のいずれかに該当する方<br>(1)身体障害者手帳4級の一部(上記中度区分以外)、5、6級<br>(2)療育手帳B                                                                   | 自己負担金から医療保険各法に基づき70歳以上に達する日の属する月の翌月以後に医療給付を受けた者が負担すべき額を控除した額                                                                                                                                                                                                   |
| 必要書類   |                                                                                                                                            | ①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)<br>国民年金・厚生年金保険年金証書(障害の等級が記載されているもの)<br>②窓口来庁者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)<br>③健康保険の被保険者証<br>④預金通帳などの振込先の分かるもの<br>⑤所得証明書<br>※同一世帯内に、上市町において合計所得金額を把握できない方がいる場合のみ。<br>⑥委任状<br>※医療費助成受給者と窓口来庁者のご関係が上市町において確認できない場合で、即時交付を希望される場合のみ。 |
| 窓 口    |                                                                                                                                            | 町民課 医療保険班(役場1階)                                                                                                                                                                                                                                                |

## 障害者総合支援法による障害福祉サービス(自立支援給付)

|     |                                                               |                                                                                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児、<br>治療方法が確立していない疾病患者（いわゆる難病患者、対象は359疾患） |                                                                                                    |
| 内容  | ・ 介護給付                                                        |                                                                                                    |
|     | 居宅介護<br>(ホームヘルプ)                                              | 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。                                                                            |
|     | 重度訪問介護                                                        | 重度の肢体不自由者又は重度の知的障害者若しくは精神障害により、行動上著しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。 |
|     | 同行援護                                                          | 視覚障害により、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                                                          | 自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。                                                 |
|     | 重度障害者等<br>包括支援                                                | 介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的にを行います。                                                              |
|     | 短期入所<br>(ショートステイ)                                             | 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、排せつ、食事の介護等を行います。                                                 |
|     | 療養介護                                                          | 医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。                                              |
|     | 生活介護                                                          | 常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。                                         |
|     | 施設入所支援                                                        | 施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。                                                                |
|     | ・ 訓練等給付                                                       |                                                                                                    |
|     | 自立訓練                                                          | 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のため必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります。                               |
|     | 就労移行支援                                                        | 一般企業等へ就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。                                                |
|     | 就労継続支援                                                        | 一般企業等で就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。                                               |
|     | 就労定着支援                                                        | 一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います。                                                            |
|     | 自立生活援助                                                        | 一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問は随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行ないます。                                |
|     | 共同生活援助<br>(グループホーム)                                           | 共同生活を行う居住で、相談や日常生活上の援助を行います。                                                                       |

|    |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |   |            |              |            |              |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------|--------------|------------|--------------|
| 内容 | ・相談支援                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |   |            |              |            |              |
|    | 計画相談支援                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用支援<br/>障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行います。</li> <li>・継続サービス利用支援<br/>支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。</li> </ul> |   |            |              |            |              |
|    | 地域移行支援                                                                                                                                                                                            | 障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。                                                                                                                        |   |            |              |            |              |
|    | 地域定着支援                                                                                                                                                                                            | 居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行いません。                                                                                                                                                                                  |   |            |              |            |              |
| 負担 | 本人負担はサービスの1割です。ただし、市町村民税非課税世帯は無料です。その他の世帯も所得に応じて負担限度があります。                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |   |            |              |            |              |
| 相談 | 福祉課社会福祉班または障害者相談支援事業者へご相談ください。<br>相談支援事業者 <table border="0"> <tr> <td rowspan="2">{</td><td>新川会地域生活相談室</td><td>076-472-1118</td></tr> <tr> <td>自然房（じねんぼう）</td><td>076-473-1644</td></tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                       | { | 新川会地域生活相談室 | 076-472-1118 | 自然房（じねんぼう） | 076-473-1644 |
| {  | 新川会地域生活相談室                                                                                                                                                                                        | 076-472-1118                                                                                                                                                                                                                          |   |            |              |            |              |
|    | 自然房（じねんぼう）                                                                                                                                                                                        | 076-473-1644                                                                                                                                                                                                                          |   |            |              |            |              |
| 申請 | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |   |            |              |            |              |

# 児童福祉法による障害福祉サービス(障害児通所給付)

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 障害児                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 内容  | 児童発達支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 集団療育及び個別療育を行う必要がある未就学児に、日常生活の基本的な動作の指導や、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。                                                                                                                                                               |
|     | 医療型児童発達支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要と認められた肢体不自由児に、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた就学児童に、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その他必要な支援を行います。                                                                                                                                                                   |
|     | 保育所等訪問支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 保育所その他の集団生活を営む施設に通う障害児に、障害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。                                                                                                                                                                      |
|     | 障害児相談支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害児支援利用援助<br/>障害児通所支援の申請に係る支給決定前に、障害児支援利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画の作成を行います。</li> <li>・ 継続障害児支援利用援助<br/>支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。</li> </ul> |
| 負担  | 本人負担はサービスの1割です。ただし、市町村民税非課税世帯は無料です。その他の世帯も所得に応じて負担限度があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 相談  | 福祉課社会福祉班または指定障害児相談支援事業者へご相談ください。<br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">相談支援事業者</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">{</div> <div> <div>新川会地域生活相談室      076-472-1118</div> <div>自然房（じねんぼう）      076-473-1644</div> </div> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                         |
| 申請  | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                         |

# 地域生活支援事業

|    |                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 内容 | 訪問入浴                                                                                                                                                                                    | 対 象 者  | 重度身体障害者でデイサービス等での入浴が難しい方。                                                               |
|    |                                                                                                                                                                                         | 内 容    | 入浴車と介護員を自宅に派遣し、入浴や洗髪などの介護を行います。                                                         |
|    |                                                                                                                                                                                         | 利用者負担  | 1割。ただし、市町村民税非課税世帯は無料                                                                    |
|    |                                                                                                                                                                                         | そ の 他  | 1週に2回まで                                                                                 |
|    | 移動支援                                                                                                                                                                                    | 対 象 者  | 移動に支援が必要な視覚障害者(児)、屋外で常時車椅子を使用する身体障害者(児)、屋外での移動に支援が必要な肢体不自由児、一人での外出が困難な知的障害者(児)・精神障害者(児) |
|    |                                                                                                                                                                                         | 内 容    | 一人での外出が困難な時、ヘルパーが同行します。                                                                 |
|    |                                                                                                                                                                                         | 利用者負担  | 1割。ただし、市町村民税非課税世帯は無料。                                                                   |
|    |                                                                                                                                                                                         | そ の 他  | 月に20時間まで。病院への通院は利用できません。交通費等の実費負担が別にかかります。                                              |
|    | 日中一時支援                                                                                                                                                                                  | 対 象 者  | 障害者及び障害児                                                                                |
|    |                                                                                                                                                                                         | 内 容    | デイサービス施設などにおいて、家族の一時的な休息のための一時あずかりを行います。                                                |
|    |                                                                                                                                                                                         | 利用者負担  | 1割                                                                                      |
|    | 地域活動支援センター                                                                                                                                                                              | 対 象 者  | 精神障害者                                                                                   |
|    |                                                                                                                                                                                         | 内 容    | 創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進を行います。                                                       |
|    |                                                                                                                                                                                         | 利用者負担  | 問い合わせ先で確認願います。                                                                          |
|    |                                                                                                                                                                                         | 問い合わせ先 | 自然房(じねんぼう) 076-473-1644                                                                 |
| 相談 | 福祉課社会福祉班または障害者相談支援事業者へご相談ください。<br><div> <div>相談支援事業者</div> <div> <div>新川会地域生活相談室</div> <div>自然房(じねんぼう)</div> </div> <div> <div>076-472-1118</div> <div>076-473-1644</div> </div> </div> |        |                                                                                         |
| 申請 | 福祉課 社会福祉班(つるぎふれあい館1階)                                                                                                                                                                   |        |                                                                                         |

## 緊急通報装置の貸与

|                                                                       |                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>緊急通報装置を低価で貸し出します。<br/> ※緊急通報装置・・・緊急時にボタンを押すと、受信センターに通報される装置です。</p> |                                                                                                  |
| 対 象                                                                   | <p>上市町に居住する方で、次の(1)～(3)のいずれにも該当する方。</p> <p>(1) 身体障害者手帳1、2級<br/> (2) ひとり暮らし<br/> (3) 所得税非課税世帯</p> |
| 利用料                                                                   | 月額400円。ただし、生活保護世帯については、負担はありません。                                                                 |
| 窓 口                                                                   | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                            |

## 補装具の給付

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>身体障害を補うための補装具の給付を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 障害種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 主な補装具の種類                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 肢体不自由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>◆義足                  ◆義手</p> <p>◆上肢装具          ◆下肢装具          ◆靴型装具          ◆体幹装具          ◆座位保持装置</p> <p>◆車いす              ◆電動車いす          ◆歩行器              ◆歩行補助つえ</p> <p>◆重度障害者用意思伝達装置</p> <p>◆座位保持いす(障害児に限る)          ◆排便補助具(障害児に限る)</p> <p>◆起立保持具(障害児に限る)          ◆頭部保持具(障害児に限る)</p> |
| 視覚障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ◆盲人安全つえ          ◆義眼          ◆眼鏡                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 聴覚障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ◆補聴器（高度難聴用型、重度難聴用型、骨導型など）                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>◎補装具ごとに、障害等級などの支給要件があります。補装具によっては、富山県障害者相談センターの判定が必要です。</p> <p>◎補装具ごとに耐用年数があり、年数内での再支給は受けられません。<br/> ただし、修理については、申請できます。</p> <p>◎自己負担は補装具にかかる費用の1割で、1ヶ月あたりの負担上限を設定しています。<br/> 市町村民税非課税世帯は、自己負担はありません。ただし、障害者総合支援法で定める補装具の上限金額を超える分については自己負担となります。</p> <p>◎介護保険、労災などからの支給が優先いたします。<br/> 特に、車いすについて、介護保険では要介護1及び要支援者に対するレンタルは対象外と規定されており、補装具の制度上、原則、その方を救済するための支給はありません。あくまでも、介護保険の特例給付での申請について、ケアマネ等に相談していただくこととなります。</p> <p>◎義肢、装具は、まず仮義肢、治療用装具（医療保険から給付）を試用します。</p> <p>◎<u>申請前に購入すると支給が受けられません。</u>事前に申請してください。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 窓 口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 日常生活用具の給付

障害(者)児や対象疾患の難病の方の日常生活を便利にするため、次のような日常生活用具の給付があります。

| 障 害                                                                                                                                                                                                                                                                | 主な用具の種類                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 知的障害                                                                                                                                                                                                                                                               | ◆特殊マット ◆特殊便器 ◆頭部保護帽 ◆電磁調理器<br>◆火災警報機 ◆自動消火器                                                                                                                                                                                                                                 |
| 肢体不自由                                                                                                                                                                                                                                                              | ◆特殊寝台 ◆特殊マット ◆体位変換機<br>◆移動用リフト(床走行式、固定式、据置式など)<br>◆便器 ◆特殊便器 ◆特殊尿器(自動採尿器など)<br>◆入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用てすり、浴槽内いす、入浴台、すのこなど)<br>◆入浴担架 ◆頭部保護帽 ◆T字状・棒状つえ<br>◆移動・移乗支援用具(簡易スロープ、簡易てすりなど)<br>◆情報・通信支援用具(PC周辺機器やソフト)<br>◆携帯用会話補助装置 ◆福祉電話(貸与) ◆火災警報機 ◆自動消火器<br>◆訓練用ベッド(児童のみ) ◆訓練いす(児童のみ) など |
| 平衡機能                                                                                                                                                                                                                                                               | ◆移動・移乗支援用具(簡易スロープ・簡易てすりなど) ◆頭部保護帽<br>◆T字状・棒状つえ ◆火災警報機                                                                                                                                                                                                                       |
| 視覚障害                                                                                                                                                                                                                                                               | ◆点字器 点字タイプライター ◆盲人用時計 ◆盲人用体温計 ◆盲人用体重計<br>◆歩行時間延長信号機用小型送信機 ◆視覚障害者用ポータブルレコーダー<br>◆視覚障害者用ワードプロセッサ<br>◆視覚障害者用拡大読書器(画像を拡大するものなど)<br>◆情報・通信支援用具(PC周辺機器やソフト)<br>◆視覚障害者用活字文書読上げ装置(音声コードを読み上げるものなど)<br>◆点字ディスプレイ(コンピューターの画面情報を点字で示すものなど)<br>◆電磁調理器 ◆火災警報機 ◆自動消火器 ◆点字図書               |
| 聴覚・言語障害                                                                                                                                                                                                                                                            | ◆聴覚障害者用屋内信号装置 ◆聴覚障害者用情報受信装置<br>◆携帯用会話補助装置(言葉を音声や文章に変換するものなど)<br>◆聴覚障害者用通信装置(ファックスなど) ◆福祉電話(貸与)<br>◆ファックス(貸与) ◆点字ディスプレイ ◆火災警報機 ◆自動消火器                                                                                                                                        |
| 呼吸器・内部障害                                                                                                                                                                                                                                                           | ◆透析液加温器 ◆ネブライザー(吸入器) ◆電気式たん吸引器<br>◆酸素ボンベ運搬車 ◆人工喉頭 ◆ストーマ装具(畜便袋、畜尿袋など)<br>◆紙おむつ等 ◆収尿器 ◆火災警報機 ◆自動消火器                                                                                                                                                                           |
| 精神障害                                                                                                                                                                                                                                                               | ◆頭部保護帽(てんかんの方)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>◎用具ごとに、障害等級などの支給要件があります。</p> <p>◎自己負担は日常生活用具にかかる費用の1割で、1ヶ月あたりの負担上限を設定しています。</p> <p>市町村民税非課税世帯は、自己負担はありません。ただし、要綱で定める上限金額を超える分については自己負担となります。</p> <p>◎付属品や取り付け工事費等は本人の負担となります。</p> <p>◎申請前に購入すると支給が受けられません。購入前に申請してください。</p> <p>◎介護保険、労災などからの支給が優先する場合があります。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 窓 口                                                                                                                                                                                                                                                                | 福祉課 社会福祉班(つるぎふれあい館1階)                                                                                                                                                                                                                                                       |

## 住宅改修費の補助

|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|
| <p>日常生活を営むのに著しく支障のある住宅において、重度の身体障害者（児）の方が、段差解消など住環境の改善を行う場合、事前の申請が認められれば、住宅改修費が助成されます。</p> <p>具体的には、手すりの取付け、床段差の解消、滑り防止及び移動を円滑にするための床材の変更、引戸への扉の取替え、洋式便器への取替えが対象となります。</p>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| 内 容                                                                                                                                                                                                   | ①重度障害者住宅改善事業                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
|                                                                                                                                                                                                       | <table><tr><td>対 象</td><td>次のいずれかに該当する方<br/>(1)身体障害者手帳 1、2 級の肢体不自由又は視覚障害の方<br/>(2)療育手帳 A をお持ちの方</td></tr><tr><td>補助限度額</td><td>所得税非課税世帯 90 万円まで<br/>所得税課税世帯 60 万円まで<br/>※ただし、下記②の日常生活用具給付事業に基づく住宅改修費が適用される工事については、そちらが優先されます。</td></tr><tr><td>支給制限</td><td>所得が限度額を超えているとき。</td></tr></table> | 対 象                                                                                          | 次のいずれかに該当する方<br>(1)身体障害者手帳 1、2 級の肢体不自由又は視覚障害の方<br>(2)療育手帳 A をお持ちの方 | 補助限度額                                          | 所得税非課税世帯 90 万円まで<br>所得税課税世帯 60 万円まで<br>※ただし、下記②の日常生活用具給付事業に基づく住宅改修費が適用される工事については、そちらが優先されます。 | 支給制限          | 所得が限度額を超えているとき。 |
|                                                                                                                                                                                                       | 対 象                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 次のいずれかに該当する方<br>(1)身体障害者手帳 1、2 級の肢体不自由又は視覚障害の方<br>(2)療育手帳 A をお持ちの方                           |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
|                                                                                                                                                                                                       | 補助限度額                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 所得税非課税世帯 90 万円まで<br>所得税課税世帯 60 万円まで<br>※ただし、下記②の日常生活用具給付事業に基づく住宅改修費が適用される工事については、そちらが優先されます。 |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| 支給制限                                                                                                                                                                                                  | 所得が限度額を超えているとき。                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| ②日常生活用具給付事業に基づく住宅改修費                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| <table><tr><td>対 象</td><td>身体障害者手帳 1 ～ 3 級の下肢、体幹又は運動機能障害</td></tr><tr><td>補助限度額</td><td>20 万円まで（1 割負担があります）<br/>介護保険法からの住宅改修費と併給はできません。</td></tr><tr><td>支給制限</td><td>介護保険が利用できるとき。</td></tr></table> | 対 象                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 身体障害者手帳 1 ～ 3 級の下肢、体幹又は運動機能障害                                                                | 補助限度額                                                              | 20 万円まで（1 割負担があります）<br>介護保険法からの住宅改修費と併給はできません。 | 支給制限                                                                                         | 介護保険が利用できるとき。 |                 |
| 対 象                                                                                                                                                                                                   | 身体障害者手帳 1 ～ 3 級の下肢、体幹又は運動機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| 補助限度額                                                                                                                                                                                                 | 20 万円まで（1 割負担があります）<br>介護保険法からの住宅改修費と併給はできません。                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| 支給制限                                                                                                                                                                                                  | 介護保険が利用できるとき。                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| そ の 他                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>・新築、増築は対象になりません。</li><li>・必ず、工事開始前に申請が必要です（申請前の着工は補助対象外です）。</li></ul>                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |
| 窓 口                                                                                                                                                                                                   | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館 1 階）                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                    |                                                |                                                                                              |               |                 |

## 町営住宅の単身入居

|     |                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | 障害者手帳所持者など                                                          |
| 内 容 | 同居する家族がいない場合でも、単身入居が適当と認められれば、町営住宅に入居できます。詳細については、下記担当課へお問い合わせください。 |
| 窓 口 | 建設課 管理建築班（役場3階）                                                     |

## 町営住宅の家賃減額

|     |                                                                                                                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | 障害者手帳所持者など                                                                                                                                              |
| 内 容 | <p>障害者手帳をお持ちの方がいる世帯は、町営住宅の家賃算定の際、所得から一定金額の障害者控除があり、家賃が下がる場合があります。</p> <p>詳細については、下記担当課へお問い合わせください。</p> <p>※定住促進住宅（旧雇用促進住宅）については定額となりますので、減額等はありません。</p> |
| 窓 口 | 建設課 管理建築班（役場3階）                                                                                                                                         |

### 福祉タクシー補助券（ガソリン補助券）

|     |                                                                                                                         |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | <p>上市町に居住する方で、次の（１）～（３）のいずれかに該当する在宅障害者</p> <p>（１） 身体障害者手帳１、２級の下肢、体幹又は視覚障害</p> <p>（２） 療育手帳Ａ</p> <p>（３） 精神障害者保健福祉手帳１級</p> |
| 内 容 | <p>年 額 ８,０００円 分</p> <p>※１８歳未満の児童はタクシーとガソリンのいずれかを選択。</p> <p>※上市町内の指定されたタクシー会社、給油所でご利用できます。</p>                           |
| 窓 口 | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                                                   |

### おむつ購入補助券

|       |                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象   | <p>次の（１）～（３）のいずれにも該当する在宅障害者</p> <p>（１） 身体障害者手帳の肢体不自由１、２級</p> <p>（２） ３歳以上</p> <p>（３） 日常生活用具給付事業から排泄支援用具の給付を受けていないこと</p> |
| 内 容   | 月 額 ２,５００円 分                                                                                                           |
| そ の 他 | <p>３歳以上の排尿障害、排便障害又は脳性まひの方は、日常生活用具給付事業から排泄支援用具の給付が受けられます。</p>                                                           |
| 窓 口   | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                                                  |

### 寝具洗濯乾燥消毒

|     |                                                                                                |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | <p>（１）肢体不自由又は内部障害が１級かつ障害支援区分が５又は６の身体障害者。</p> <p>（２）身体障害者手帳１級の寝たきり障害児で３歳以上の方。</p>               |
| 内 容 | <p>重度身体障害者の掛ふとん、敷ふとん、毛布の洗濯乾燥消毒を行います。</p> <p>１年に２回実施。１回につき３枚までが町補助の対象となり、４枚目からは全額自己負担となります。</p> |
| 窓 口 | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                          |

### 自動車運転免許証取得費の助成

|      |                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------|
| 対 象  | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方で、教習所において技能を修得し、運転免許証の交付を受けた方。          |
| 内 容  | 自動車教習所に納入した入学金、教習料、技能検定料、受講料等を対象経費とし、経費の3分の2以内の額を助成します。ただし10万円を限度とします。 |
| 申 請  | 免許証の交付を受けた日から3か月以内に申請してください。<br>できるだけ、訓練前にご相談ください。                     |
| 支給制限 | 所得が所得制限額をこえているとき。                                                      |
| 窓 口  | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                                  |

### 自動車改造費の助成

|      |                                                       |
|------|-------------------------------------------------------|
| 対 象  | 身体障害者手帳1級～4級の上肢、下肢又は体幹機能障害に該当する方で、過去5年間にこの助成を受けていない方。 |
| 内 容  | 身体障害者が自ら運転し、所有する自動車の改造費の一部を助成します。<br>10万円が限度です。       |
| 申 請  | 改造開始前に、事前申請してください（申請前の改造は補助対象外です）。                    |
| 支給制限 | 所得が所得制限額をこえているとき。                                     |
| 窓 口  | 福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階）                                 |

### 駐車禁止規制の適用除外

|     |                                                                                    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | 身体障害者手帳（等級による制限があります）、療育手帳A、精神保健福祉手帳1級                                             |
| 内 容 | 駐車禁止の場所であっても、駐車禁止除外の標章を掲出している車両は、駐車禁止規制が適用されません。<br>駐車禁止除外の標章の交付を受けるには、事前の申請が必要です。 |
| 窓 口 | 最寄りの警察署交通課窓口                                                                       |

### 手話通訳者・要約筆記者の派遣、盲ろう者向け通訳・介助員の派遣

|     |                                                                                    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 | 1) 聴覚障害等意思疎通を図ることに支障がある者<br>2) 視覚及び聴覚に重複して障害のある者（盲ろう者）                             |
| 内 容 | 1) 手話通訳者、要約筆記者を派遣し、そのコミュニケーションを支援します<br>2) 通訳・介助員を派遣し、そのコミュニケーション及び移動等を支援します       |
| 費 用 | 派遣に係る利用者の費用負担はありません。<br>※利用者と行動を共にしている場合の、派遣員が利用した交通機関、施設その他の利用料等は、利用者の負担となります。    |
| 窓 口 | 富山県聴覚障害者協会 富山市木場町2-21<br>電話：076-441-7331 FAX：076-441-7305<br>福祉課 社会福祉班（つるぎふれあい館1階） |

点字投票 ・ 代理投票 ・ 郵便等による不在者投票

|        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内<br>容 | ①点字投票        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|        | 対象           | 視覚に障害がある方。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|        | 内容           | 点字で投票できます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|        | ②代理投票        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|        | 対象           | 自ら投票用紙に記載できない方。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|        | 内容           | 投票所事務職員が本人の意思を確認して代筆します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|        | ③郵便等による不在者投票 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|        | 対象           | <p>(1) 身体障害者手帳をお持ちの方で</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆両下肢、体幹、移動機能の障害 . . . 1 級又は 2 級</li> <li>◆心臓、じん臓、呼吸器、<br/>ぼうこう、直腸、小腸の障害 . . . 1 級又は 3 級</li> <li>◆免疫、肝臓の障害 . . . 1 級 ～ 3 級</li> </ul> <p>(2) 戦傷病者手帳をお持ちの方で</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆両下肢、体幹の障害 . . . 特別項症～第 2 項症</li> <li>◆心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、<br/>直腸、小腸、肝臓の障害 . . . 特別項症～第 3 項症</li> </ul> <p>(3) 身体障害者手帳又は戦傷病者手帳をお持ちの方で障害の程度が<br/>(1)又は(2)と同程度であると県知事に書面により証明された方</p> <p>(4) 介護保険の被保険者証をお持ちの方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆要介護状態区分 . . . 要介護 5</li> </ul> |
|        | 内容           | <p>自宅等で郵便による不在者投票ができます。</p> <p>なお、郵便等投票証明書（7年間有効）が必要です。予め選挙管理委員会です手続きをしてください。選挙時以外でも手続きができます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|        | その他          | <p>自ら投票用紙に記載できない方は、障害の程度により代理記載制度の手続きもできます。</p> <p>詳しくは選挙管理委員会へお問い合わせください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 窓<br>口 | 上市町選挙管理委員会   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

5 税の控除と減免について

自動車税又は軽自動車税の減免

| 障害区分    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | 障害の程度                                   | 手帳の等級                                                              |     |     |     |     |     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                         | 1 級                                                                | 2 級 | 3 級 | 4 級 | 5 級 | 6 級 |
| 身体障害者   | 視覚障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                         | ●                                                                  | ●   | ●   | ●   | ●   |     |
|         | 聴覚障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                         |                                                                    | ●   | ●   |     |     |     |
|         | 平衡機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                                         |                                                                    | ●   |     | ●   |     |     |
|         | 肢体不自由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 上肢                      |                                         | ●                                                                  | ●   |     |     |     |     |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 下肢                      |                                         | ●                                                                  | ●   | ●   | ○   | ○   | ○   |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 体幹                      |                                         | ●                                                                  | ●   | ●   |     | ○   |     |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害 | 上肢機能                                    | ●                                                                  | ●   |     |     |     |     |
|         | 移動機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | ●                                       | ●                                                                  | ●   | ○   | ○   | ○   |     |
|         | 心臓機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | ●                                       |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | じん臓機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | ●                                       |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | 呼吸器機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | ●                                       |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | ぼうこうまたは直腸機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | ●                                       |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | 小腸の機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | ●                                       |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | 音声言語機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                         |                                                                    | ●   |     |     |     |     |
|         | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         | ●                                       | ●                                                                  | ●   |     |     |     |     |
| 肝臓機能障害  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ●                       | ●                                       | ●                                                                  |     |     |     |     |     |
| 知的障害者   | 療育手帳の交付を受けている方のうち、右のいずれかに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |                                         | (1) 障害の程度が重度「A」の方<br>(2) 障害の程度が中・軽度「B」の未就学児童（小学校就学の始期に達するまでの児童に限る） |     |     |     |     |     |
| 精神障害者   | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方のうち、右に該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                                         | 精神障害者保健福祉手帳の等級が 1 級の方（自立支援医療受給者証の交付を受けた者に限る）                       |     |     |     |     |     |
| 対象となる車両 | 減免申請手続きを期限までにしている車両のみ対象となります。<br>1 原則、車検証の所有者および使用者が、障害者本人となっている車両。ただし、次のいずれかに該当する車両も減免対象となります。<br>（1）所有者が自動車販売会社で、使用者が障害者本人となっている車両<br>※自動車販売会社が、所有権を留保する場合など<br>（2）年齢18歳未満の身体障害者の方と生計を一にする方が所有者又は使用者となっている車両<br>（3）知的障害者の方または精神障害者の方と生計を一にする方が所有者又は使用者となっている車両<br>2 減免対象台数 減免対象者 1 人につき 1 台<br>3 申請期限 軽自動車は毎年申請が必要です。税納付期限（5 月末）までに上市町財務課で減免申請手続きをしてください。 |                         |                                         |                                                                    |     |     |     |     |     |
| 問い合わせ   | <軽自動車税>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | 上市町財務課 課税 1 班（役場 1 階）                   |                                                                    |     |     |     |     |     |
|         | <自動車税>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | 富山県総合県税事務所（自動車税センター）<br>電話 076-424-9211 |                                                                    |     |     |     |     |     |

※ ●印は本人運転、生計同一者運転ともに対象。

○印は本人運転のみ対象。

## 所得税 ・ 住民税の控除

本人または控除対象配偶者、扶養親族が障害者である場合、所得税及び住民税の計算において次の金額を所得から控除することができます。

| 区分         | 障害の程度                             | 控除額       |      |                       |      |
|------------|-----------------------------------|-----------|------|-----------------------|------|
|            |                                   | 本人が障害者の場合 |      | 控除対象配偶者または扶養親族が障害者の場合 |      |
|            |                                   | 所得税       | 住民税  | 所得税                   | 住民税  |
| 障害者        | 身体障害者手帳３～６級、療育手帳Ｂ、精神障害者保健福祉手帳２・３級 | 27万円      | 26万円 | 27万円                  | 26万円 |
| 特 別<br>障害者 | 身体障害者手帳１・２級、療育手帳Ａ、精神障害者保健福祉手帳１級   | 40万円      | 30万円 | 40万円                  | 30万円 |
|            | 同居特別障害者 特別障害者の方と同居している場合          |           |      | 75万円                  | 53万円 |

また、本人が障害者で前年の合計所得金額が135万円以下の場合、住民税は非課税となります。

|       |                                               |
|-------|-----------------------------------------------|
| 手 続 き | 確定申告・住民税申告（毎年２月中旬～３月中旬）または勤務先の年末調整で手続きしてください。 |
| 問い合わせ | 財務課 課税１班（役場１階）                                |

## 有料道路

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 有料道路を利用する際に、利用料金が割引されます。 <u>事前の手続きが必要です。</u> |                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
| 対 象 者                                        | 身体障害者手帳又は療育手帳（第１種）所持者                                                                                                                                                                                                                 |                        |
|                                              | 旅客運賃減額欄                                                                                                                                                                                                                               | 運 転 者                  |
|                                              | 第１種身体・知的障害者                                                                                                                                                                                                                           | 本人が運転する場合　／　介護者が運転する場合 |
|                                              | 第１種・第２種身体障害者                                                                                                                                                                                                                          | 本人が運転する場合              |
| 割 引 率                                        | ５０％                                                                                                                                                                                                                                   |                        |
| 対 象 車 両                                      | 車検証の「所有者」が本人又は親族等であること。<br>法人名義の自動車は対象になりません。<br>ただし、ローン又は長期リースの場合は、車検証の「使用者」が本人又は親族等の場合は対象になります。<br>登録できる車は障害者１人につき１台です。<br>自動車を保有されていない場合等を考慮し、自動車を事前登録されない場合でも、要件を満たせば割引の対象となります。（※ＥＴＣ無線通行で割引の適用を希望される場合は、自動車の事前登録及びＥＴＣ利用申請が必要です。） |                        |
| 使用 方 法                                       | 料金所で障害者手帳の割引掲載ページを提示してください。<br>事前登録のうえ、ＥＴＣをご利用ください。                                                                                                                                                                                   |                        |
| 対 象 道 路                                      | 各高速道路株式会社が運営する有料道路　、全国各県の道路公社が運営する有料道路（立山有料道路を除く）、その他一般自動車道等                                                                                                                                                                          |                        |
| 必 要 書 類                                      | ◎身体障害者手帳又は療育手帳　◎登録する自動車の車検証<br><br>※ＥＴＣを利用する時は、下記の物も必要です。<br>①対象障害者本人名義のＥＴＣカード<br>（ただし、未成年の重度の障害者の方で本人以外の方の運転による割引を受ける場合に限り、親権者又は後見人名義のＥＴＣカードも対象となります。）<br>②自動車に設置されているＥＴＣ車載器の番号                                                      |                        |
| 有 効 期 限                                      | 手続き後の２回目の誕生日まで。２カ月前から更新手続きができます。                                                                                                                                                                                                      |                        |
| 窓　　口                                         | 福祉課　社会福祉班（つるぎふれあい館１階）                                                                                                                                                                                                                 |                        |

## 富山地方鉄道・富山ライトレール運賃割引

|         |                                                                 |                         |        |     |
|---------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-----|
| 対 象 者   | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者                                    |                         |        |     |
| 内 容     | 第 1 種身体・知的障害者 A 級 / 精神障害者保健福祉手帳 1 級                             |                         |        |     |
|         | 種類                                                              | 利用内容                    | 割引対象   | 割引  |
|         | 普通乗車券                                                           | 本人が単独で乗車                | 本人     | 5 割 |
|         |                                                                 | 本人が介護者と乗車               | 本人・介護者 |     |
|         | 定期乗車券<br>回数乗車券                                                  | 本人が介護者と乗車               | 本人・介護者 |     |
|         | 第 2 種身体・知的障害者 B 級 / 精神障害者保健福祉手帳 2、3 級                           |                         |        |     |
|         | 種類                                                              | 利用内容                    | 割引対象   | 割引  |
|         | 普通乗車券                                                           | 本人が単独で乗車                | 本人     | 5 割 |
|         | 定期乗車券                                                           | 1 2 歳未満の本人が介護者と乗車       | 介護者    |     |
|         | 利 用 方 法                                                         | きっぷの購入時に窓口で手帳を提示してください。 |        |     |
| 問 い 合 せ | (株)富山地方鉄道 鉄軌道営業課 076-432-5540<br>(株)富山ライトレール 経営企画課 076-426-1770 |                         |        |     |

## JR運賃割引

|                       |                  |                         |        |     |
|-----------------------|------------------|-------------------------|--------|-----|
| 対象者                   | 身体障害者手帳又は療育手帳所持者 |                         |        |     |
| 内 容                   | 第 1 種身体・知的障害者    |                         |        |     |
|                       | 種類               | 利用内容                    | 割引対象   | 割引  |
|                       | 普通乗車券            | 本人が単独で乗車し、片道100 k mを超える | 本人     | 5 割 |
|                       |                  | 本人が介護者と乗車               | 本人・介護者 |     |
|                       | 定期乗車券            | 1 2 歳以上の本人が単独で乗車        | 本人     |     |
|                       |                  | 1 2 歳以上の本人が介護者と乗車       | 本人・介護者 |     |
|                       |                  | 1 2 歳未満の本人が介護者と乗車       | 介護者    |     |
|                       | 急 行 券<br>回数乗車券   | 本人が介護者と乗車               | 本人・介護者 |     |
|                       | 第 2 種身体・知的障害者    |                         |        |     |
|                       | 種類               | 利用内容                    | 割引対象   | 割引  |
|                       | 普通乗車券            | 区間が100 k mを超える          | 本人     | 5 割 |
|                       | 定期乗車券            | 1 2 歳未満の本人が介護者と乗車       | 介護者    |     |
| 詳しくは J R にお問い合わせください。 |                  |                         |        |     |

## JRジパング倶楽部特別会員

|       |                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| 入会資格  | 身体障害者手帳を所持する、男性60歳以上・女性55歳以上の方                                 |
| 内 容   | 特急券・急行券・グリーン券・座席指定席券が最大3割引になります。<br>ただし、JRを201km以上利用するときに限ります。 |
| 問い合わせ | 富山県身体障害者福祉協会（サンシップ内） 電話：444-0213                               |

## 国内航空運賃割引

（下記内容は、一部の航空会社の割引例であるため、各航空会社にお問い合わせください。）

|                              |                                                                                       |             |        |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| 対 象 者                        | 満 1 2 歳以上の身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者                                                |             |        |
| 内 容                          | 第 1 種身体・知的障害者／精神障害者                                                                   |             |        |
|                              | 種類                                                                                    | 利用内容        | 割引対象   |
|                              | 通常片道運賃                                                                                | 本人が単独で利用    | 本人     |
|                              |                                                                                       | 本人が介護者と共に利用 | 本人・介護者 |
|                              | 第 2 種身体・知的障害者                                                                         |             |        |
|                              | 種類                                                                                    | 利用内容        | 割引対象   |
| 通常片道運賃                       | 本人が単独で利用                                                                              | 本人          |        |
|                              | 本人が介護者と共に利用                                                                           | 本人・介護者      |        |
| 利用 方法                        | 航空券購入時に身体障害者手帳又は療育手帳を窓口に提示してください。                                                     |             |        |
|                              | ただし、療育手帳は航空割引の証明印が必要です。証明印のない療育手帳をお持ちの方は、証明印を押印しますので、福祉課児童班（つるぎふれあい館 2 階）で手続きをしてください。 |             |        |
| 割引率などについては、各航空会社にお問い合わせください。 |                                                                                       |             |        |

## バス運賃の割引

|         |                                                                                                                  |      |      |  |      |      |      |      |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--|------|------|------|------|
| 対 象 者   | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者                                                                                     |      |      |  |      |      |      |      |
| 内 容     | <table><tr><td>普通運賃</td><td>5 割引</td><td>定期運賃</td><td>3 割引</td></tr></table> <p>ただし、バス会社によって取り扱いが異なることがあります。</p> |      |      |  | 普通運賃 | 5 割引 | 定期運賃 | 3 割引 |
| 普通運賃    | 5 割引                                                                                                             | 定期運賃 | 3 割引 |  |      |      |      |      |
| 利 用 方 法 | 乗車券購入時又は運賃支払い時に手帳を提示してください。                                                                                      |      |      |  |      |      |      |      |
| 問い合わせ   | 各バス会社まで<br>(株)富山地方鉄道      自動車営業課      076－432－5543                                                               |      |      |  |      |      |      |      |

## タクシー運賃の割引

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 対 象 者   | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者       |
| 内 容     | 1 割引（ただし、タクシー会社によって取扱いが異なることがあります） |
| 利 用 方 法 | タクシー利用時に手帳を提示してください。               |

## 携帯電話の割引

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 対 象 者   | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者      |
| 内 容     | 基本使用料、通話料などの割引。各会社により、取り扱いが異なります。 |
| 利 用 方 法 | 手帳を提示して申請してください。                  |
| 問い合わせ   | 各携帯電話会社まで                         |

## 電話番号無料案内

|                                |                                                                                                              |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 電話帳の使用が困難な方に、電話番号を無料で案内する制度です。 |                                                                                                              |
| 対 象 者                          | 次の(1)～(3)のいずれかに該当する方<br>(1) 視覚障害 1～6 級<br>(2) 肢体不自由 1、2 級（ただし下肢障害のみは除く）<br>(3) 療育手帳所持者<br>(4) 精神障害者保健福祉手帳所持者 |
| 内 容                            | 事前の申請により、104 番が無料になります。                                                                                      |
| 申 請                            | NTTふれあい案内      電話：0120-104-174                                                                               |

## NHK放送受信料の免除

|         |                                                                              |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| 全 額 免 除 | 生活保護世帯<br>身体障害者、知的障害者、精神障害者が世帯構成員であり、世帯全員が町民税（住民税）非課税の世帯（手帳の障害等級は問いません）      |
| 半 額 免 除 | 世帯主が視覚障害又は聴覚障害をお持ちの場合<br>世帯主が重度の障害者（身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳 A、精神障害者保健福祉手帳 1 級）の場合 |
| 申 請     | NHKホームページ「受信料の窓口」のお申込みフォーム 及び<br>福祉課窓口より申請できます。                              |
| 問い合わせ   | NHK営業部    076-444-6640<br>または 福祉課    社会福祉班（つるぎふれあい館 1 階）                     |

## 県立施設の入場料

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方の入場料が割引になります。施設によっては、付添いの人も割引されます。お問合せは各施設まで。

### 〔県立体育施設〕

|           |          |           |           |
|-----------|----------|-----------|-----------|
| 県総合体育センター | 国際健康プラザ  | 県西部体育センター | 太閤山ランド    |
| 県常願寺川公園   | 県高岡総合プール | 県総合運動公園   | 県漕艇場      |
| 県営富山弓道場   | 県五福公園    | 県空港スポーツ緑地 | 県福光射撃場    |
| 県営高岡武道場   | 県営富山武道場  | 県上市カヌー競技場 | シティーゴルフ富山 |

### 〔県立文化施設〕

|         |                |                 |       |
|---------|----------------|-----------------|-------|
| 県立近代美術館 | 立山カルデラ砂防博物館    | 立山博物館           | 水墨美術館 |
| 中央植物園   | 国際健康プラザ（生命科学館） | 県民会館分館（内山邸・金岡邸） |       |
| 高志の国文学館 |                |                 |       |

## 町立体育施設の利用料

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方が事前に申請することにより、町体育施設の利用料が減免されます。詳細については、担当課へお問い合わせください。

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 問い合わせ | 教育委員会事務局 生涯スポーツ班（役場3階） |
|-------|------------------------|

**その他、映画館のチケット、スポーツ観戦チケットの割引など、様々な機関が独自に割引を行っています！**

## 7 相談窓口について

### 相談窓口・機関

| 相談窓口        | 内容                                  | 連絡先・場所                                    |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| 上市町福祉課      | 障害の手帳に関すること<br>障害福祉サービスに関すること<br>など | 上市町湯上野1176<br>(つるぎふれあい館)<br>☎076-472-1111 |
| 富山県中部厚生センター | 難病に関すること<br>精神科疾患や心の健康に関すること<br>など  | 上市町法音寺40<br>☎076-472-1234                 |
| 県障害福祉課相談室   | 障害を理由とする差別に関する相談<br>(差別解消法)         | 富山市新総曲輪1-7<br>(富山県庁本館1階)<br>☎076-444-3959 |

### 障害者相談支援事業者

| 相談窓口                     | 内容                                         | 連絡先・場所                            |
|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| 新川会地域生活相談室               | 福祉の専門家がさまざまな相談に応じ、必要な情報の提供や、制度の利用をお手伝いします。 | 上市町稗田1-32(四ツ葉園内)<br>☎076-472-1118 |
| 地域生活支援センター<br>自然房（じねんぼう） | また、障害福祉サービスの利用調整を行います。<br>相談は無料です。         | 上市町柳町23<br>☎076-473-1644          |

## 就労に関する相談

| 相談窓口                     | 内容                                               | 連絡先・場所                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 滑川障害者職業安定所<br>(ハローワーク滑川) | 障害の手帳をお持ちの方の就職相談窓口があります。受付時に障害者手帳を提示してください。      | 滑川市辰野11-6<br>☎076-475-0324             |
| 富山障害者職業センター              | ハローワークと密接に連携しながら、障害者の職業相談や職業リハビリテーションを行います。      | 富山市桜橋通り1-18<br>☎076-413-5515           |
| 富山障害者就業・生活支援センター         | ハローワークや障害者職業センターと連携しながら、障害者の就職や進路に関する幅広い相談を行います。 | 富山市坂本3110<br>(セーナー苑内)<br>☎076-467-5093 |
| 東部生活自立支援センター             | 生活困窮者の相談等                                        | 魚津市新宿10-7<br>☎0765-24-2255             |

## 生活の困りごと相談

| 相談窓口                         | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 連絡先・場所                                                                 |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 町消費生活相談窓口                    | 消費生活に関する相談<br><br><div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 4em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">           悪徳商法<br/>           クーリングオフ<br/>           契約のトラブル<br/>           消費者金融<br/>           多重債務 など         </div> | 〔場 所〕 町民課相談窓口（役場1階）<br>〔時 間〕 月・火・木・金の午前中<br>☎076-472-1111（内線103）       |
| 富山県消費生活センター<br>(富山県民共生センター内) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 富山市湊入船町6-7<br>(サンフォルテ1階)<br>☎076-432-9233（消費生活）<br>☎076-433-3252（金融相談） |
| 無料法律相談<br>(弁護士相談)            | 法律に関する相談<br><br>※予約制                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 〔申込み〕 上市町社会福祉協議会<br>☎076-473-9300<br>〔場 所〕 つるぎふれあい館1階相談室               |

## 住宅改修や福祉用具の相談

| 相談窓口           | 内容                                                   | 連絡先・場所                                      |
|----------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 富山県介護実習・普及センター | 福祉用具の選び方<br>住宅改修のアドバイス<br><br>※専門家による出張相談（予約制）もあります。 | 富山市安住町5-21<br>(サンシップとやま2階)<br>☎076-432-6305 |

## 病気や障害に関する相談

| 相談窓口                             | 内容                                                                                                                                                                                                | 連絡先・場所                                                   |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 富山県発達障害者支援センター<br>「ほっぷ」          | 発達障害に関する相談<br><div> <div>                     広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群など）<br/>                     学習障害<br/>                     注意欠陥多動性障害<br/>                     など                 </div> </div> | 富山市下飯野36<br>（富山県リハビリテーション病院・こども支援センター内）<br>☎076-438-8415 |
| 富山県<br>中部厚生センター                  | 難病に関する相談<br>ひきこもりに関する相談<br>精神科疾患に関する相談                                                                                                                                                            | 中部厚生センター 地域保健班<br>上市町法音寺40<br>☎076-472-1234              |
| 富山県難病相談・支援センター                   | 難病に関する相談                                                                                                                                                                                          | 富山市安住町5-21<br>（サンシップとやま内）<br>☎076-432-6577               |
| 若年性認知症相談・支援センター                  | 若年性認知症に関する相談など                                                                                                                                                                                    | 同上<br>☎076-432-7501                                      |
| 富山県心の健康センター                      | 精神的な病気、社会復帰相談に関することや摂食障害、アルコール依存症に関する事など                                                                                                                                                          | 富山市蜷川459-1<br>☎076-428-1511                              |
| 富山県高次脳機能障害支援センター                 | 高次脳機能障害に関する相談                                                                                                                                                                                     | 富山市下飯野36<br>（富山県リハビリテーション病院・こども支援センター内）<br>☎076-438-2233 |
| 社会福祉法人富山県聴覚障害者協会<br>富山県聴覚障害者センター | 聴覚障害に関する相談                                                                                                                                                                                        | 富山市木場町2-21<br>☎076-441-7331                              |
| 富山盲ろう者友の会                        | 盲ろうに関する相談                                                                                                                                                                                         | 富山市木場町2-21<br>（富山県聴覚障害者センター内）<br>☎076-441-7331           |
| 社会福祉法人富山県視覚障害者協会                 | 視覚障害に関する相談                                                                                                                                                                                        | 富山市磯部町3丁目8-8<br>☎076-425-6761                            |

| 制 度          | 内 容                                                                                                                                                                                                                | 窓 口                                                                |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 日常生活自立支援事業   | <p>【対象者】<br/>福祉サービスの利用手続きを自分の判断で行うことに不安のある方。<br/>書類や通帳などの管理が難しい方。</p> <p>【サービス内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス利用に関する情報提供や相談</li> <li>・お金の出し入れや支払いのお手伝い、代行</li> <li>・大切な通帳や書類等の預かり</li> </ul> | <p>上市町社会福祉協議会<br/>(つるぎふれあい館 1 階)<br/>☎ 0 7 6 - 4 7 3 - 9 3 0 0</p> |
| 成年後見制度利用支援事業 | <p>【対象者】<br/>成年後見制度の利用が有効と認められる知的障害者又は精神障害者の方で、身寄りがいないなどの理由で、制度の申立人がいない方。</p> <p>【内 容】<br/>町長が代わって申し立てを行い、費用の全額又は一部を助成します。</p>                                                                                     | <p>福祉課 社会福祉班<br/>(つるぎふれあい館 1 階)<br/>☎ 0 7 6 - 4 7 2 - 1 1 1 1</p>  |