

## 4 補装具費の支給



障害の内容や程度により認められると、補装具の購入・借受け・修理に要した費用について、補装具費の支給が受けられます。詳しくは下記の届出窓口へお問い合わせください。

※利用者負担は→①定率1割負担です。ただし、世帯の所得に応じて負担上限月額が設定されます。負担上限月額は、生活保護受給世帯、市町村民税非課税世帯は0円、課税世帯は37,200円です。(所得を判断する際の世帯の範囲は、障害者は本人とその配偶者。障害児は保護者の属する住民基本台帳上の世帯になります。)

②デザイン、素材などの選択により補装具毎の基準価格を超える場合は、基準価格との差額も自己負担になります。

③本人又はその配偶者の市町村民税所得割額が46万円以上になる場合は、補装具費の支給対象外となります。

4

補装具費の支給

| 障害区分  | 補装具の種目          | 児・者区分 |       | 判定の有無 | 耐用年数 | 備考                                    |
|-------|-----------------|-------|-------|-------|------|---------------------------------------|
|       |                 | 18歳未満 | 18歳以上 |       |      |                                       |
| 肢体不自由 | 義肢              | ○     | ○     | ○     | 1～5  | 義手・義足                                 |
|       | 装具              | ○     | ○     | ○     | 1～3  | 上肢、下肢、靴型、体幹                           |
|       | 姿勢保持装置          | ○     | ○     | ○     | 3    |                                       |
|       | 車いす             | ○     | ○     | ○     | 6    | (既製品は判定無 ただし付属品が付く場合は判定有)             |
|       | 電動車いす           | ○     | ○     | ○     | 6    | 重度の歩行困難であって、これによらなければ歩行機能の代償ができない者が対象 |
|       | 歩行器             | ○     | ○     |       | 5    |                                       |
|       | 歩行補助つえ          | ○     | ○     |       | 2～4  | 一本杖を除く                                |
|       | 座位保持いす          | ○     |       |       | 3    |                                       |
|       | 起立保持具           | ○     |       |       | 3    |                                       |
|       | 頭部保持具           | ○     |       |       | 3    |                                       |
|       | 排便補助具           | ○     |       |       | 2    |                                       |
|       | 重度障害者用意思伝達装置    | ○     | ○     | ○     | 5    |                                       |
| 視覚障害  | 視覚障害者安全つえ       | ○     | ○     |       | 2～5  |                                       |
|       | 義眼              | ○     | ○     |       | 2    |                                       |
|       | 眼鏡              | ○     | ○     |       | 4    | 矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡               |
| 聴覚    | 補聴器             | ○     | ○     | ○     | 5    | ポケット型、耳掛け型、耳あな型、骨導式                   |
|       | 人工内耳用音声信号処理装置修理 | ○     | ○     |       |      | 修理のみ                                  |

※判定は、特例補装具を除き、内容に変わりなければ、2回目以降は必要ありません。

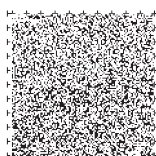
※児童は、原則判定が不要ですが、特例、複数支給など内容によって判定(意見)が必要になります。

※児童は(耐用年数を満たし)同じ内容で再度支給を受ける場合でも、意見書、処方箋等の提出が必要です。

※人工内耳用音声信号処理装置の修理が対象に加わりました。医師による確認票等、必要書類がありますので、事前にご相談ください。

下記の場合は対象外です。

- ・人工内耳の植込術時など、医療保険の対象となる時
- ・加入中の任意保険の対象となる時
- ・人工内耳用インプラント、人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等)、電池の交換



### ○手続について

- ・届出窓口……………障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室
- ・お持ちいただくもの…身体障害者手帳、見積書  
※補装具の種目によっては、指定医師の意見書、処方箋等が必要になります。
- ・申請時期……………補装具を購入・借受け・修理する前
- ・注意事項……………補装具の種目によって申請方法が異なりますので、事前にご相談ください。  
介護保険の福祉用具と重複する種目（車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助つえ）については介護保険サービスが優先します。

### ○申請について

申請から給付までの流れは以下のとおりです。

申請に必要な書類を一式用意し、申請する。

申請書の受付・審査（1～2週間程度）

更生相談所で判定が必要な場合があります。  
（1～2ヶ月程度）

長野市から申請者と見積書を作成した事業者へ補装具費支給決定通知を送付します。

- ・申請者には決定通知書の他に「補装具費支給券」を同封しています。

事業者より補装具の納品・貸与・修理を受ける。

- ・補装具の受取時や借受け期間中は、決定を受けた利用者負担額を事業者にお支払い下さい。公費負担分は、事業者からの請求に基づき市が直接事業者を支払います。

## 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成

身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児に、補聴器等の購入費及び修理費の一部を助成します。  
詳しくは、障害福祉課に事前にご相談ください。

### ○対象者

- ①市内在住の18歳未満の者で、②所定の専門医により補聴器等の装用が必要であると診断された
- ③聴力レベルが身体障害者手帳の交付対象にならない者

### ○内容

別途定める基準額または補聴器等の購入費のいずれか低い額の3分の2を助成（千円未満切り捨て）、修理については補装具費に準じた基準額で同一年度に2回を限度とします。

### ○申請に必要なもの

- ①申請書、②医師意見書（社団法人日本耳鼻咽喉科学会が指定した長野県内に所在する精密聴力検査機関の専門医に限る）、③意見書の処方に基づく見積書、④購入の場合は、カタログのコピーなど補聴器等の内容が分かるもの、⑤その他

### ○助成方法

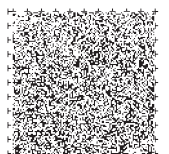
- ①申請により市より助成決定、②購入・修理を行い申請者が費用を支払い、③実績報告書（領収書添付）を市へ提出、④市から事業の確定を受け、市へ請求書を提出、⑤市が申請者へ助成金を支払う

### ○申請時期

補聴器等を購入・修理する前

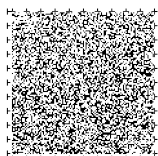
### ○申請窓口

障害福祉課

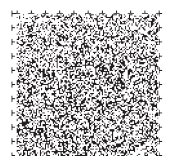


在宅の重度身体障害者（児）、重度の知的障害者（児）、精神障害者及び73・74ページに記載されている難病患者等に対し、日常生活の便宜を図るために次の用具を給付いたします。詳しくは申請窓口事前に相談ください。

| 手帳         | 区分               | 品目            |                   | 障害の程度                              | 児・者区分       |         | 耐用年数                       | 基準額                        | 要件                                          | 備考                                   |
|------------|------------------|---------------|-------------------|------------------------------------|-------------|---------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
|            |                  |               |                   |                                    | 18歳未満       | 18歳以上   |                            |                            |                                             |                                      |
| 視覚障害       | 視覚障害者用ポータブルコーダー  | 録音再生機         | 視覚障害2級以上          | ○<br>(学齢以上)                        | ○           | 6年      | 85,000                     |                            |                                             |                                      |
|            |                  | 再生専用機         |                   |                                    | 48,000      |         |                            |                            |                                             |                                      |
|            | 歩行時間延長信号機用小型送信機  |               | 視覚障害2級以上          | ○<br>(学齢以上)                        | ○           | 10年     | 12,000                     |                            |                                             |                                      |
|            | 視覚障害者用時計         | 触読            | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 10年     | 12,000                     |                            |                                             |                                      |
|            |                  | 音声            |                   |                                    |             |         | 13,700                     |                            |                                             |                                      |
|            | 地上デジタルテレビ放送対応ラジオ |               | 視覚障害2級以上          | ○<br>(学齢以上)                        | ○           | 6年      | 29,000                     | 視覚障害者2級以上のみの世帯又はこれに準ずる世帯   | 一世帯一台限り                                     |                                      |
|            | 電磁調理器            |               | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 6年      | 41,000                     |                            |                                             |                                      |
|            | 視覚障害者用体温計(音声式)   |               | 視覚障害2級以上          | ○<br>(学齢以上)                        | ○           | 5年      | 9,000                      |                            |                                             |                                      |
|            | 視覚障害者用体重計        |               | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 5年      | 18,000                     |                            |                                             |                                      |
|            | 音声血圧計            |               | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 5年      | 15,000                     |                            |                                             |                                      |
|            | 点字タイプライター        |               | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 5年      | 135,000                    |                            |                                             |                                      |
|            | 視覚障害者用読書器        |               | 視覚障害または機能に応じて2級以上 | ○<br>(学齢以上)                        | ○           | 8年      | 198,000                    | 本機器使用によって、文字などを読むことが可能になる者 | 音声に出力する機能を有するものは、視覚障害2級以上の者(児)              |                                      |
|            | 点字図書             |               | 視覚障害              | ○                                  | ○           | －       | 差金負担                       | 雑誌は除く<br>年間の給付巻数に限度有       |                                             |                                      |
|            | 点字ディスプレイ         |               | 視覚障害2級以上          | ○                                  | ○           | 6年      | 383,500                    |                            |                                             |                                      |
|            | 点字器              | 標準型           | 視覚障害              | ○                                  | ○           | 7年      | 32マス18行、両面書簡縦板製<br>10,400  |                            |                                             |                                      |
|            |                  |               |                   |                                    |             |         | 32マス18行、両面プラスチック製<br>6,600 |                            |                                             |                                      |
|            | 聴覚障害             | 聴覚障害者用通信装置    |                   | 聴覚障害または著しい音声言語障害                   | ○<br>(学齢以上) | ○       | 5年                         | 35,000                     | コミュニケーション・緊急連絡等の手段として必要と認められる者              | FAX など                               |
|            |                  | 聴覚障害者用屋内信号装置  |                   | 聴覚障害2級以上                           | ○           | ○       | 10年                        | 87,400                     | サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む          |                                      |
|            |                  | 人工内耳用音声信号処理装置 |                   | 人工内耳埋込術を受け、現に装用してから装置が5年以上経過しているもの | ○           | ○       | 5年                         | 200,000                    | 医療保険が適用にならない体外装置(付属品は除く)で、申請の都度、所定の医師意見書を要す | ・両耳装用の場合は2個を限度に支給できる。<br>・事前の相談を要する。 |
|            |                  | 聴覚障害者用情報受信装置  |                   | 聴覚障害                               | ○           | ○       | 6年                         | 88,900                     |                                             |                                      |
|            | 下肢・体幹機能障害        | 便器            |                   | 下肢または体幹2級以上                        | ○<br>(学齢以上) | ○       | 8年                         | 4,450                      |                                             | 介護保険対象者は対象外                          |
|            |                  | 訓練用ベッド        |                   | 下肢または体幹2級以上                        | ○<br>(学齢以上) | －       | 8年                         | 159,200                    | 障害児のみ                                       |                                      |
|            |                  | 特殊寝台          |                   | 下肢または体幹2級以上                        | ○           | ○       | 8年                         | 154,000                    |                                             | 介護保険対象者は対象外                          |
|            |                  | 特殊マット         |                   | 下肢または体幹1級                          | ○<br>(3歳以上) | ○       | 5年                         | 45,000                     |                                             | 介護保険対象者は対象外                          |
|            |                  | 移動用リフト        |                   | 下肢または体幹2級以上                        | ○<br>(3歳以上) | ○       | 4年                         | 159,000                    |                                             | 介護保険対象者は対象外                          |
|            |                  | 入浴補助用具        |                   | 下肢または体幹                            | ○<br>(3歳以上) | ○       | 8年                         | 90,000                     | 入浴に介助を要する者                                  | 介護保険対象者は対象外                          |
| 体位変換器      |                  | 下肢または体幹2級以上   | ○<br>(学齢以上)       | ○                                  | 5年          | 15,000  | 下着交換等に当たり他者の介助を要する者        | 介護保険対象者は対象外                |                                             |                                      |
| 特殊尿器       |                  | 下肢または体幹1級     | ○<br>(学齢以上)       | ○                                  | 5年          | 67,000  |                            | 介護保険対象者は対象外                |                                             |                                      |
| 移動・移乗支援用具  |                  | 平衡または下肢・体幹    | ○<br>(3歳以上)       | ○                                  | 8年          | 60,000  | 住宅改修を伴わないスロープ、てすり等         | 介護保険対象者は対象外                |                                             |                                      |
| 居宅生活動作補助用具 |                  | 下肢・体幹3級以上     | ○<br>(学齢以上)       | ○                                  | －           | 200,000 | 住宅改修費(一回のみの給付)             | 事前の相談が必要<br>(介護保険対象者は対象外)  |                                             |                                      |
| T字状・棒状のつえ  |                  |               | 平衡または下肢・体幹        | ○                                  | ○           | 3年      | 軽金属製<br>3,000              |                            |                                             |                                      |
|            |                  |               |                   |                                    |             |         | 木製 2,200                   |                            |                                             |                                      |



| 手帳           | 区分          | 品目                                                         |                                   | 障害の程度                                                                  | 児・者区分        |         | 耐用年数                                          | 基準額             | 要件                                                                          | 備考                                                |
|--------------|-------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-----------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|              |             |                                                            |                                   |                                                                        | 18歳未満        | 18歳以上   |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
| 身体障害者        | 上肢          | 特殊便器                                                       |                                   | 上肢2級以上                                                                 | ○<br>(学齢児以上) | ○       | 8年                                            | 151,200         | 住宅改修を伴うものは除く                                                                |                                                   |
|              | 音声・肢体       | 携帯用会話補助装置                                                  |                                   | 音声・言語または肢体不自由                                                          | ○<br>(学齢児以上) | ○       | 5年                                            | 98,800          | 発声・発語に著しい障害を持つもの                                                            |                                                   |
|              |             | 人工咽頭                                                       | 笛式                                | 咽頭摘出等による                                                               | ○            | ○       | 4年                                            | 5,000           |                                                                             |                                                   |
|              |             |                                                            | 電動式                               | 音声・言語機能障害                                                              |              |         | 5年                                            | 70,100          |                                                                             |                                                   |
|              |             | 人工鼻                                                        |                                   | 喉頭摘出者で常時気管孔に人工鼻を装用している者                                                | ○            | ○       | 1ヵ月                                           | 23,760          | 人工鼻とその関連するもので医療保険が適用にならないものに限る                                              | 事前の相談を要する                                         |
|              | じん臓         | 透析液加温器                                                     |                                   | じん臓機能障害3級以上                                                            | ○<br>(3歳以上)  | ○       | 5年                                            | 51,500          |                                                                             |                                                   |
|              | 呼吸器機能障害     | 電気式たん吸引器                                                   |                                   | 呼吸器機能3級以上                                                              | ○            | ○       | 5年                                            | 56,400          | 所定の医師の意見書が必要<br>(意見書内容は次のとおり)<br>1.呼吸器機能障害3級以上と同程度であるという記載<br>2.用具が必要な理由の記載 | 事前の相談を要する                                         |
|              |             |                                                            |                                   | 同程度の障害                                                                 |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              |             | ネブライザー                                                     |                                   | 呼吸器機能3級以上                                                              | ○            | ○       | 5年                                            | 36,000          | 所定の医師の意見書が必要<br>(内容はたん吸引器と同じ)                                               | 事前の相談を要する                                         |
|              |             |                                                            |                                   | 同程度の障害                                                                 |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              |             | パルスオキシメーター                                                 |                                   | 呼吸器または心臓機能3級以上                                                         | ○            | ○       | 5年                                            | 45,000          | 所定の医師の意見書が必要<br>(内容はたん吸引器と同じ)                                               | 事前の相談を要する                                         |
|              |             |                                                            |                                   | 同程度の障害                                                                 |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              | 酸素ボンベ運搬車    |                                                            | 呼吸機能障害                            | ○                                                                      | ○            | 10年     | 17,000                                        | 在宅酸素療法を行うもの     |                                                                             |                                                   |
|              | ぼうしつ・直腸機能障害 | 収尿器                                                        | 男性用普通型                            | ぼうこう機能障害、下肢機能障害、又は体幹機能障害の障害者又は障害児で、自己の意志で排尿をコントロールできない者                | ○<br>(3歳以上)  | ○       | 1年                                            | 7,700           |                                                                             |                                                   |
|              |             |                                                            | 男性用簡易型                            |                                                                        |              |         |                                               | 5,700           |                                                                             |                                                   |
|              |             |                                                            | 女性用普通型                            |                                                                        |              |         |                                               | 8,500           |                                                                             |                                                   |
|              |             |                                                            | 女性用簡易型                            |                                                                        |              |         |                                               | 5,900           |                                                                             |                                                   |
|              |             | ストーマ装具                                                     | ストーマ装具(消化器系)                      | 直腸機能障害のうちストーマ造設者                                                       | ○            | ○       | 1ヵ月                                           | 8,600           | 袋、皮膚保護剤、接続するもの、洗腸用具が給付対象                                                    | 施設など入所中の給付可                                       |
|              |             |                                                            | ストーマ装具(尿路系)                       | 膀胱機能障害のうちストーマ造設者                                                       | ○            | ○       | 1ヵ月                                           | 11,300          |                                                                             |                                                   |
|              |             | 紙おむつ                                                       | 身体障害者手帳の交付を受けた3歳以上の障害者(児)のうち以下の者  | ストーマの著しい変形・皮膚のびらんのために紙おむつを要する者                                         | ○            | ○       | 1ヵ月                                           | 12,000          | 紙おむつの他に洗腸用具、サラン・ガーゼ等の衛生用具も給付対象とする<br><br>紙おむつの他に尿取りパッド・おしりふき・使い捨て手袋も給付対象とする | ・初回申請時は事前の相談と、所定の医師の意見書の提出が必要<br><br>・施設など入所中の給付可 |
|              |             |                                                            |                                   | 二分脊椎等先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿又は排便機能障害のある者のうち紙おむつを要する者                    | ○            | △       |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              |             |                                                            |                                   | 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により、排尿または高度な排便機能障害を持つ者のうち、意思表示が困難な者(ただし20歳を超えて発症したものは除く) |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              |             | 視覚・上肢                                                      | 情報通信支援用具                          |                                                                        | 視覚障害         | ○       | ○                                             | 2年              | 150,000                                                                     | 視覚障害者用パソコンソフト                                     |
| 上肢2級以上       | 上肢機能障害用周辺機器 |                                                            |                                   |                                                                        |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
| 共通           | 頭部保護帽       |                                                            | 平衡・下肢または体幹、またはてんかん等の発作により頻繁に転倒する者 | ○                                                                      | ○            | 3年      | 36,750                                        |                 |                                                                             |                                                   |
|              | 自動消火器       |                                                            | 火災発生の感知・避難が困難な障害者(児)              | ○                                                                      | ○            | 8年      | 28,700                                        |                 |                                                                             |                                                   |
|              | 座位保持用いす     | 肢体不自由2級以上または知的障害A1の障害者(児)                                  | ○                                 | ○                                                                      | －            | 47,250  | 既製品以外は補装具で対応                                  | 事前の相談を要する       |                                                                             |                                                   |
|              | 特殊食器        |                                                            |                                   |                                                                        |              | 31,500  | 身体障害者手帳、療育手帳に記載された障害に応じた既製品の用具で特に必要と認められるもの   |                 |                                                                             |                                                   |
|              | 簡易訓練用器具類    |                                                            |                                   |                                                                        |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
|              | 簡易自助用具類     |                                                            |                                   |                                                                        |              |         |                                               |                 |                                                                             |                                                   |
| 発電機又は外部バッテリー |             | 在宅で医療的ケアを受ける児童のうち、医師意見書にて常時人工呼吸器又は電気式たん吸引器を必要とすることを確認できた児童 | ○                                 | －                                                                      | 10年          | 100,000 | 人工呼吸器又は電気式たん吸引器を正常に機能させるものであって、介護者が容易に使用できるもの | ・緊急避難時使用を想定したもの |                                                                             |                                                   |



## ○手続きについて

- ・申請窓口…………… 障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室
- ・お持ちいただくもの… ①身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれか。  
※難病の方は事前にご相談ください。  
②給付を希望する用具の見積書（長野市長あてに作成したもの）、  
カタログ（コピー可、ストーマ装具、紙おむつ、人工鼻は不要）  
居宅生活動作補助用具（住宅改修費）については、見積書のほかに  
工事前の写真と平面図が必要になります。
- ・申請時期…………… 用具を購入する前のみ
- ・利用者負担…………… 対象用具の基準額を上限として、市民税賦課世帯は定率1割負担。  
また、対象用具の基準額を超えた場合の超過分についても負担。  
「世帯」の範囲は、以下のとおり  
障害児（18歳未満）： 世帯全員  
障害者（18歳以上）： 本人と配偶者

## ○注意事項

- ・本人または世帯員のうち、市民税所得割の最多納税者納税額が46万円以上の場合は、支給対象外です。
- ・市外より転入された方で、初めて利用される方については、前年の市町村民税課税状況の確認が必要です。以下のものをご用意いただく場合がございます。  
障害児（18歳未満）＝世帯全員の市町村民税課税状況がわかるもの  
障害者（18歳以上）＝本人と配偶者の市町村民税課税状況がわかるもの
- ・品目ごとに耐用年数が設けられています。年数が経過するまでは同一のものは給付できません。
- ・介護保険のサービス内容と重複するものについては、介護保険のサービスが優先されます。
- ・障害の内容や用具の機能によって、給付を受けることのできない場合がありますので、必ず事前にご相談下さい。

## ○ストーマ装具、紙おむつ、人工鼻の申請をする方へ

- ・毎月25日以降の申請は、翌月分の申請の受付となりますのでご注意ください。
- ・申請は最長6ヶ月が可能です。年度をまたいでの申請はできません。
- ・4月分の申請を3月中にされた方は、4月になってから通知書を作成・送付するため通知が届くまで時間がかかりますが何卒ご理解ください。

## ○人工内耳用音声信号処理装置（人工内耳）の申請をする方へ

- ・対象は、体外装置の本体です。
- ・付属品（電池、バッテリー、イヤモールド等）や、故障等による部品の交換は修理となるため対象外です。  
また、体外装置の本体であっても良好な使用でない故意・過失による故障も対象外です。

## ○申請について

申請から給付までの流れは以下のとおりです。

申請に必要な書類を一式用意し、申請する。



申請書の受付・審査（1～2週間程度）



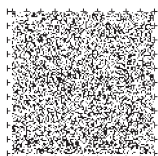
長野市から申請者と見積書を作成した納品予定事業者に給付決定通知を送付

- ・事業者には決定書の他に請求時に使用する「給付券」を同封します。



事業者より用具の納品を受ける。

- ・受取時には自己負担金を事業者にお支払い下さい。残額は市役所より事業者へ直接支払います。

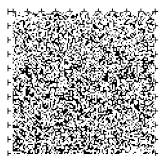


## (1) サービス体系

## ア 障害者総合支援法

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスには、介護の支援を受ける「介護給付」と訓練等の支援を受ける「訓練等給付」があり、それぞれ利用の際の条件や手続きが異なります。支援が必要な状態や勘案すべき事項をふまえ、個別に支給決定が行われます。

|        | サービスの名称             | サービスの内容                                                                                                                                                               | 対象者                                                                                                                                                                   |
|--------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付   | 居宅介護（ホームヘルプ）        | 自宅で入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事援助を行う                                                                                                                                  | ・障害支援区分1以上<br>・通院等介助（身体介護を伴う）については障害支援区分2以上                                                                                                                           |
|        | 重度訪問介護              | 重度の肢体不自由者又は重度の知的・精神障害により行動上著しい困難を有する方であって常時介護が必要な方に、居宅で入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事援助、外出時における移動中の介護を総合的に行う                                                            | ・障害支援区分4以上で二肢以上の麻痺等、又は行動関連項目10点以上                                                                                                                                     |
|        | 同行援護                | 視覚障害により、移動に著しい困難を有する方に、外出時に同行し、移動を援護するとともに外出時において必要な援助を行う                                                                                                             | ・同行援護アセスメント調査票の項目に該当する者                                                                                                                                               |
|        | 行動援護                | 知的・精神障害により行動上著しい困難があるために常時介護が必要な方に、行動する際に生じる危険を回避するために必要な援護、外出時の移動中の介護や排せつ、食事等の介護及び行動する際の必要な援助を行う                                                                     | ・障害支援区分3以上で行動関連項目10点以上                                                                                                                                                |
|        | 療養介護                | 医療と常時介護が必要な方に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、医療的管理下における介護及び日常生活上の世話を行う                                                                                                           | ・障害支援区分6のALS患者等、気管切開を伴い人工呼吸器を使用している者<br>・障害支援区分5以上で次のア～エのいずれかに該当<br>ア 重症心身障害者又は筋ジストロフィー患者<br>イ 医療的ケアスコア16点以上<br>ウ 行動関連項目10点以上で医療的ケアスコア8点以上<br>エ 遷延性意識障害者で医療的ケアスコア8点以上 |
|        | 生活介護                | 常時介護が必要な方に、昼間、入浴、排せつ及び食事等の介護を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会の提供を行う                                                                                                              | ・障害支援区分3（施設入所する場合は区分4）以上、50歳以上の場合は区分2（施設入所する場合は区分3）以上                                                                                                                 |
|        | 短期入所（ショートステイ）       | 介護者等の疾病その他の理由により、短期間、施設に入所し、入浴、排せつ及び食事等の介護その他の必要な支援を行う                                                                                                                | ・障害支援区分1以上                                                                                                                                                            |
|        | 重度障害者等包括支援          | 常時介護が必要な方で、意思疎通を図ることに著しい支障がある方のうち、四肢麻痺及び寝たきりの状態にある方、知的・精神障害により行動上著しい困難を有する方に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う                                                                      | ・障害支援区分6                                                                                                                                                              |
|        | 施設入所支援              | 施設に入所する方に、夜間や休日、入浴、排せつ及び食事等の介護、その他の必要な日常生活上の支援を行う                                                                                                                     | ・障害支援区分4（50歳以上は区分3）以上<br>・通所困難な自立訓練及び就労移行支援等受給者                                                                                                                       |
| 訓練等給付  | 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型） | 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、日常生活能力の維持・向上等のために必要な訓練を行う                                                                                                              |                                                                                                                                                                       |
|        | 就労選択支援              | 就労を希望または就労の継続を希望する方で、就労移行支援もしくは就労継続支援を受けることまたは通常の事業所に雇用されることについて、短期間の生産活動等を通じて、就労に関する適性、知識、能力の評価、就労に係る情報の提供及び助言その他の支援を行う                                              |                                                                                                                                                                       |
|        | 就労移行支援              | 就労を希望する65歳未満の方、65歳以上の方（65歳に達する前日において利用中の方）または通常の事業所に雇用されている方で就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする方に、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、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う                       |                                                                                                                                                                       |
|        | 就労継続支援A型            | 一般企業等に雇用されることが困難な方のうち雇用契約等に基づき継続的に就労することが可能な65歳未満の方又は65歳以上の方（65歳に達する前日において利用中の方）、通常の事業所に雇用されている方で当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする方に、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う |                                                                                                                                                                       |
|        | 就労継続支援B型            | 一般企業等に雇用されることが困難な方のうち就労経験があり、その年齢、心身の状態等により就労が困難となった方、就労移行支援によっても一般企業等に雇用されることに至らなかった方、通常の事業所に雇用されている方で就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする方に、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う  |                                                                                                                                                                       |
|        | 就労定着支援              | 生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を利用して、一般企業等に新たに雇用された方の就労継続を図るために、企業、障害福祉サービス事業者等との連絡調整、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を送る上での相談、指導及び助言等の必要な支援を行う                                            |                                                                                                                                                                       |
|        | 自立生活援助              | 居宅で自立した日常生活を送る上での問題につき、定期的な巡回又は随時通報による訪問、相談対応等により、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等日常生活を送るための環境整備に必要な援助を行う                                                                |                                                                                                                                                                       |
|        | 共同生活援助              | 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ若しくは食事の介護その他の日常生活上の援助を行い、またはこれに併せて、居宅における自立した日常生活への移行を希望する入居者へ、日常生活への移行及び移行後の定着に関する相談支援を行う                                         |                                                                                                                                                                       |
|        | 相談支援                | 障害福祉サービスの利用に関する意向、その他の事情を勘案し、利用サービスの種類や内容を記載したサービス等利用計画の作成を行う。計画については一定期間ののち、評価、見直し（モニタリング）を行い、きめ細やかな支援の提供につなげる                                                       |                                                                                                                                                                       |
| 地域移行支援 | 地域移行支援              | 障害者支援施設等に入所している方又は精神科病院に入院している方に対して、地域生活へ移行するための相談、住居の確保、福祉サービスの情報提供等の支援を行う                                                                                           |                                                                                                                                                                       |
|        | 地域定着支援              | 居宅で単身生活を送る障害のある方に対し、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う                                                                                                     |                                                                                                                                                                       |



## イ 児童福祉法

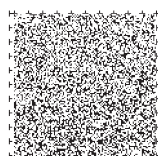
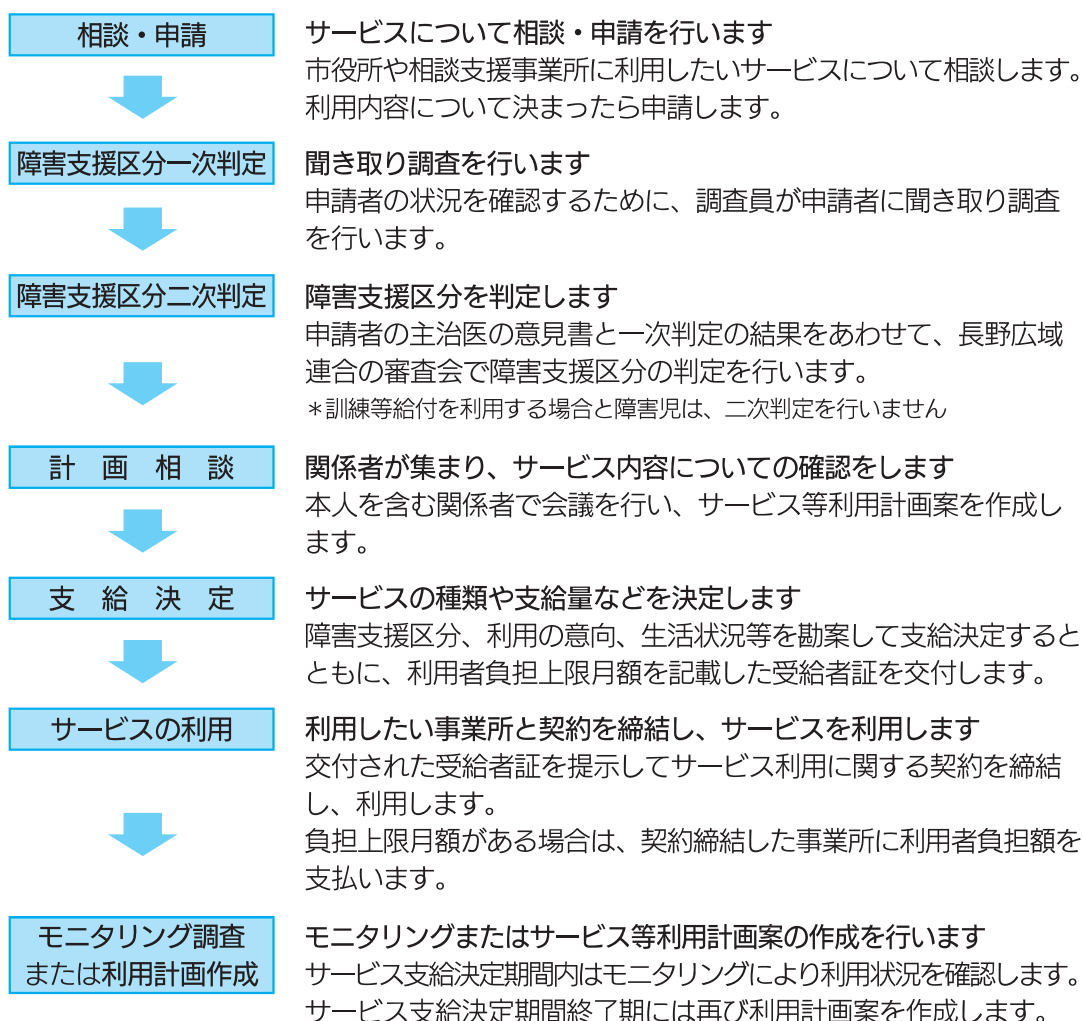
サービスは、障害の程度や勘案すべき事項をふまえ、個別に支給決定が行われます。

|         | サービスの名称     | サービスの内容                                                                             | 対象者                                                                      |
|---------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 障害児通所支援 | 児童発達支援      | 日常生活における基本的な動作及び知識技能の習得並びに集団生活への適応のための支援またはこれに併せて児童発達支援センターにおいて治療を行う                | 療育を行う必要があると認められる主に未就学の児童                                                 |
|         | 放課後等デイサービス  | 授業の終了後または休業日に施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な支援、社会との交流の促進を行う                                   | 学校教育法第1条に規定する学校（幼稚園及び大学を除く。）または専修学校等に就学している児童                            |
|         | 居宅訪問型児童発達支援 | 居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作及び知識技能の習得並びに生活能力の向上のために必要な支援を行う                                | 重度の障害の状態その他これに準ずる状態であり、児童発達支援または放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難であると認められた児童 |
|         | 保育所等訪問支援    | 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を行う                                                     | 支援が必要と認められた保育所等に通う児童                                                     |
|         | 障害児相談支援     | 障害児通所支援を利用する児童について障害児支援利用計画の作成を行う。計画については一定期間ののち、評価、見直し（モニタリング）を行い、きめ細やかな支援の提供につなげる |                                                                          |

## 6

### 障害福祉サービス

## (2) 障害福祉サービス利用の手続き



### (3) 障害福祉サービスを利用したときにかかる費用

原則、サービスにかかった費用の1割（定率負担）と施設での食費や光熱費などの実費負担が生じます。ただし、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

#### ■利用者負担の認定

（利用者負担の認定を受けるには、市役所に申請書の提出が必要です。）

|             | ホームヘルプ<br>利用者                       | 通所サービス<br>利用者 | グループホーム<br>利用者 | 入所施設利用者                          | 療養介護サービス<br>利用者 |
|-------------|-------------------------------------|---------------|----------------|----------------------------------|-----------------|
| 定率負担        | ①負担上限月額設定（所得段階別）                    |               |                |                                  |                 |
|             | ②高額障害福祉サービス費（世帯での所得段階別負担上限）         |               |                |                                  | ③医療型個別減免        |
|             | ⑦生活保護への移行防止（生活保護の対象となる場合、負担額を引き下げる） |               |                |                                  |                 |
| 食費・<br>光熱水費 |                                     | ④食費の<br>軽減措置  | ⑤家賃の<br>一部助成   | ⑥補足給付<br>（食費・<br>光熱水費の<br>負担を軽減） |                 |

#### ①月ごとの利用者負担には上限があります。

【利用するサービス別の利用者負担上限月額】

| 区 分  | 世帯の収入状況                                                      | ホームヘルプ・通所<br>サービス利用者 |         | グループホーム<br>利用者 | 入所施設<br>利用者<br>(20歳以上) | 療養介護<br>サービス<br>利用者<br>(20歳以上) | 入所施設・療養<br>介護サービス<br>利用者<br>(20歳未満) |
|------|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------|----------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
|      |                                                              | 障害者                  | 障害児     |                |                        |                                |                                     |
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                                     | 0円                   | 0円      | 0円             | 0円                     | 0円                             | 0円                                  |
| 低所得  | 市町村民税非課税世帯                                                   | 0円                   | 0円      | 0円             | 0円                     | 0円                             | 0円                                  |
| 一般 1 | 障害者：市町村民税課税世帯で<br>所得割 16万円未満<br>障害児：市町村民税課税世帯で<br>所得割 28万円未満 | 9,300円               | 4,600円  | 37,200円        | 37,200円                | 37,200円                        | 9,300円<br>(所得割<br>28万円未満)           |
| 一般 2 | 障害者及び障害児：<br>市町村民税課税世帯（一般1以外）                                | 37,200円              | 37,200円 |                |                        |                                | 37,200円                             |

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

○世帯の範囲は、利用者の年齢によって異なります。

- ・18歳以上の場合（障害者）…本人と配偶者のみ
- ・18歳未満の場合（障害児）…保護者の属する住民基本台帳での世帯
- ・20歳未満の入所施設・療養介護サービス利用者…保護者の属する住民基本台帳での世帯

#### ②同じ世帯の中で複数の方がサービスを利用しても、利用者負担上限月額は同じです。

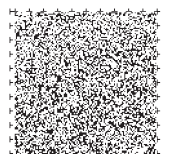
○同じ世帯（18歳以上の場合は本人と配偶者、18歳未満の場合は住民基本台帳での世帯）に障害福祉サービスを利用している方が複数いる場合の利用者負担の合計や、障害福祉サービスを利用している方が介護保険サービスも利用した場合の各サービス利用者負担の合計が基準額（37,200円※）を超えた場合、超えた額を高額障害福祉サービス費として支給します。（償還払い方式によります。）

利用者負担上限月額が「0円」の方は、高額障害福祉サービス費は支給されません。

※「基準額」は受給者証の「負担上限月額」と異なる場合があります。また障害児世帯は特例があります。

#### ③療養介護サービスを利用する場合、医療型個別減免があります。

○療養介護サービスを利用する方は、年齢及び収入に応じて障害福祉サービス費、医療費及び食事療養費の負担上限月額を設定します。



#### ④通所サービスを利用する場合、食費の軽減措置があります。

○生活保護、低所得及び一般1の区分の方は、食材料費のみの負担となります。なお、食材料費は施設ごとに額が設定されます。

#### ⑤グループホームを利用する場合、家賃の一部を助成します。

○生活保護及び低所得の区分の方は、月額1万円を上限として家賃の一部を助成します。家賃が1万円未満の場合は、該当家賃の額を助成します。

#### ⑥入所施設を利用する場合、食費・光熱水費の軽減措置があります。

○20歳以上で生活保護及び低所得の区分の方は、年齢及び収入に応じて食費・光熱水費の軽減措置として補足給付（特定障害者特別給付費）を支給します。

○20歳未満の方は、地域で子どもを養育する費用と同様の負担になるように、食費・光熱水費の軽減措置として補足給付（特定障害者特別給付費）を支給します。

#### ⑦生活保護への移行防止

○様々な負担軽減策を講じて、自己負担や食費等の実費を負担することによって生活保護の対象となる場合には、生活保護の対象とならない額まで負担額を引き下げます。

#### ①～⑦以外の利用者負担の認定

○多子世帯の場合、障害児通所給付費について軽減措置があります。

・未就学児童が複数人いる世帯等を対象として、二子目以降の障害児通所給付費の一分割負担について、軽減措置があります。

○児童発達支援等の利用者負担が無料になります。

・未就学児童について、満3歳になって初めての4月1日から小学校入学までの3年間、児童発達支援、保育所等訪問支援等について利用者負担が無料となります。（利用者負担以外の費用（医療費や食費等、現在実費で負担しているもの）は除く。）

#### ■利用者負担上限月額認定等を受ける際に必要となる書類

| 世帯の収入状況             | ホームヘルプ・通所サービス利用者 |      | グループホーム利用者 | 入所施設利用者（20歳以上） | 入所施設利用者（20歳未満） | 療養介護サービス利用者（20歳以上） | 療養介護サービス利用者（20歳未満） |
|---------------------|------------------|------|------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------|
|                     | 障害者              | 障害児  |            |                |                |                    |                    |
| ①利用者負担額認定等申請書（様式1号） | ○                | ○ ※1 | ○ ※2       | ○              | ○              | ○                  | ○                  |
| ②世帯・収入状況等申告書        |                  |      |            | ○              |                | ○                  |                    |
| ③工賃等証明書（施設が発行する証明書） |                  |      |            | ○              |                |                    |                    |
| ④本人の年金証書の写し         |                  |      |            | ○              |                | ○                  |                    |
| ⑤本人の健康保険情報が確認できる書類  |                  | ○ ※3 |            |                |                | ○                  | ○                  |

※⑤については、マイナンバーカードの健康保険証利用登録が済んでいる場合は不要です。未登録の場合は、健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書の写しのいずれかの提出が必要です。

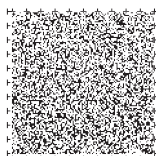
※1 二子目以降の障害児通所給付費の軽減措置を受ける場合は、未就学児である兄弟の在園証明が必要です。

※2 グループホームの家賃の助成を受ける場合は、家賃額を証明できる書類が必要です。

※3 児童発達支援（治療を伴う）を利用する場合は、児童の健康保険の情報が確認できる書類が必要です。

#### ○注意事項

- ・介護保険制度を利用できる場合は、介護保険制度を優先的に利用してください。
- ・生活保護及び低所得の区分の方は、65歳になるまでに5年以上、特定の障害福祉サービスを利用していた場合に、介護保険移行後に利用した障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの利用者負担を高額障害福祉サービス費として支給します。（償還払い方式によります。）



## 移動支援サービス事業



### ○対象者

市内に居住する障害者児（満6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者を除く）及び居住地特例適用者で、屋外での移動が困難な、視覚障害者児（1・2級）・肢体不自由の障害者児（1・2級）・知的障害者児・精神障害者児等（但し、重度訪問介護、重度障害者等包括支援及び行動援護支給決定者を除く。）

### ○内容

社会生活を営む上で必要となる外出及び余暇活動等を実現させるための外出（概ね8時間で用務を終えることが可能な公共交通機関等による外出。ただし、通院・通勤・通学及び社会通念上本制度を適用することが適当でない外出を除く。）を支援する制度です。外出時の身体的ケア等を行うものであり、移動手段を提供するものではありません。

### ○支援の型

個別支援型 障害者1人に対して1人又は2人のヘルパーが対応。  
複数支援型 障害者複数人に対して1人又は2人のヘルパーが対応。  
（障害者とヘルパーとの比率は2対1、3対2、3対1のいずれかとする。）  
※障害児については個別支援型のみ利用が可能です

### ○申請窓口

障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室

### ○お持ちいただくもの

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれか又は精神障害を支給事由とする年金証書の写し

### ○利用者負担

市民税課税世帯は1割負担、世帯の範囲は次のとおり  
・障害児（18歳未満）…世帯全員  
・障害者（18歳以上）…本人と配偶者

### ○注意事項

主な利用目的・利用時間数等の決定が必要となりますので、事前にご相談ください。

### ○事業者一覧

P 66・67 を参照

## 障害者自立生活訓練事業



### ○対象者

グループホーム、アパート等での単身生活により、地域において自立した生活を希望する障害者等

### ○内容

社会福祉法人等が行う、地域で自立した生活を継続するための訓練（宿泊体験、日中活動、ホームヘルプ）を受ける際、訓練に係る経費の一部を助成する。

### ○届出窓口

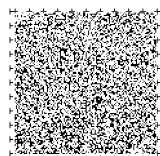
障害福祉課

### ○必要書類

障害者自立生活訓練事業利用申請書

### ○注意事項

- ・障害者総合支援法に基づく介護給付費等の支給決定を受けることが可能な場合は除きます。
- ・市が指定した事業者を利用を申込み後、市の窓口を利用申請を行って下さい。
- ・事業者により設定されている利用料を、訓練実施時に事業者にお支払い下さい。（市へお支払いいただく利用料はありません）
- ・利用に関して本人の状況確認等が必要となりますので、利用を希望される方は事前にご相談ください。



## 在宅障害者等タイムケア事業

身

1級・2級程度

知

精

## ○対象者

常時介護を必要とする障害児自立サポート事業対象者を除く18歳以上の身体障害者（1級又は2級）、知的障害者及び精神障害者、その他市長が特に認める者

## ○内容

障害者の介護者が家庭において介護できない場合に、一時的に以下にある介護を依頼するものです。

(1)食事・排せつ等の生活介護サービス

(2)主治医の指示に基づく医療的ケア（実施要綱に規定された要件を満たす場合のみ）

・年間の利用時間は、原則、最大300時間以内（1日の利用時間は8時間を限度）

## ○申請窓口

障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室、または次の支所…豊野、戸隠、鬼無里、大岡、信州新町、中条

## ○お持ちいただくもの

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれか

## ○利用者負担

本人または配偶者が市民税課税の場合は、タイムケア費（基準単価）の1割

## ○タイムケア介護者

指定障害福祉サービス事業者等の市が確認した団体、扶養義務者を除く個人（必ず事前に障害福祉課へご確認ください。）

## ○注意事項

年度毎に申請が必要になり、申請月が経過するごとに利用時間も減じられます。

## ○事業者一覧

P 68～70を参照

## 障害児自立サポート事業

身

児童  
（1級・2級程度）

知

児童

精

児童

## ○対象者

市内に住所を有する障害児（満18歳に達する日後の最初の3月31日までの間にある障害児を含む。）で、次のいずれかに該当するもの

(1) 特別支援学級又は特別支援学校へ通学するもの

(2) 身体障害者手帳の障害の程度が1級又は2級のもの

(3) 療育手帳の交付を受けているもの

(4) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているもの又は精神障害を支給事由とする年金給付を受けているもの

(5) その他市長が特に認めたもの

## ○内容

(1) 食事、排せつ等の生活介護サービス

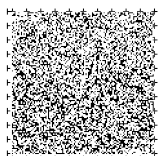
(2) 障害児の自主性、社会性及び創造性が向上する支援

(3) 主治医の指示に基づく医療的ケア（実施要綱に規定された要件を満たす場合のみ）

年間の利用ポイントは、原則、最大500ポイント（乳幼児は300ポイント）

## ○利用形態

| 区 分       | 内 容              | 利用時間帯               | 利用ポイント                   |
|-----------|------------------|---------------------|--------------------------|
| 放課後休日サポート | 放課後や長期休暇などでの日中支援 | 午前7時30分～午後7時        | 1時間1ポイント<br>1日8ポイント以内    |
| いつでもサポート  | 夜間の支援            | 午後7時～<br>翌日の午前7時30分 | 1時間1.5ポイント<br>1回12ポイント以内 |



## ○申請窓口

障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室、または次の支所  
豊野、戸隠、鬼無里、大岡、信州新町、中条

## ○お持ちいただくもの

- ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれか又は特別支援学級や特別支援学校の在籍証明書、障害や療育支援を必要とする診断書など

## ○利用者負担

市民税課税世帯の利用者は、自立サポート費（基準単価）の1割

## ○障害児自立サポート支援者

指定障害福祉サービス事業者等の市が確認した団体、扶養義務者以外の個人（必ず事前に障害福祉課へご確認ください。）

## ○注意事項

- ・年度毎に申請が必要になり、申請月が経過するごとに利用ポイントも減じられます。

## ○事業者一覧

P 65・66を参照

## 在宅障害者等訪問入浴サービス事業



### ○対象者

市内に居住する日常生活において常時介護を必要とし、自力で入浴することが困難な重度の障害者及び重度の難病患者（介護保険対象者を除く。）で、実地調査のうえ審査で認められた者。

### ○内容

移動入浴車を利用して行う入浴介助

### ○申請窓口

障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室

### ○必要書類

- ① 訪問入浴サービス申請書
- ② 税務情報の閲覧に関する同意書
- ③ 診断書（入浴の可否について：所定の様式による）

### ○利用者負担

市民税課税世帯は1割負担、世帯の範囲は次のとおり

- ・障害児（18歳未満）…世帯全員
- ・障害者（18歳以上）…本人と配偶者

### ○注意事項

利用者の身体状況、住宅環境等の確認をしますので事前にご相談ください。

## 重度障害者福祉理美容助成事業



### ○対象者

身体障害者障害程度等級の1級に該当する者（これに準ずる者を含む）のうち、在宅において常に寝たきり状態の者、または外出する事が困難な者。

準ずる者…

ア 視覚障害の等級が2級である者

イ 下肢障害の等級が2級である者

ウ 体幹機能障害の等級が2級である者

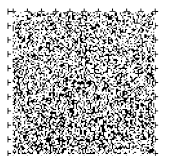
エ 総合等級が1級である障害者（聴覚・言語・音声・そしゃく機能の障害が含まれている場合は、他の障害の等級で判断します）

オ 障害福祉制度の車椅子が支給されている者

※内部障害のみ又は上肢障害のみである者は、その等級が1級である者

※聴覚・言語・音声・そしゃく機能のみの障害者は、本制度の対象とはなりません。

※「外に外出することが困難」には、店舗内で理容・美容サービスを受けることが困難な場合を含みます。



## ○内容

訪問理美容に関し、年間で最高6回までの福祉理美容助成券を交付する。(年度途中の申請の場合は時期に応じて1～6枚交付) 本人負担額は1,500円です。

## ○利用方法

福祉理美容助成券の交付を受けたら、直接理容店または美容店に申し込む。

## ○届出窓口

障害福祉課または各支所

## ○お持ちいただくもの

申請書、身体障害者手帳

## ○注意事項

- ・ご利用いただける理美容店は、本事業実施について長野市と契約している(理容組合・美容組合に加盟している)店に限ります。
- ・訪問理容、訪問美容に対する助成ですので、ご本人が理容店または美容店へ出向いた場合は使用できません。
- ・入院・入所・通所先では使用できません。

## 身体障害者住宅整備補助事業

身

1～3級

## ○対象者

- ・市内に在住する身体障害者で、上肢・下肢・体幹・視覚のいずれかの障害があり、障害の程度が1～3級の者(介護保険対象者は対象外)  
(障害が重複している場合は、個々の障害の程度(級)により判断)
- ・同一の住居及び生計を一にする者の前年分所得税額の合計金額が7万5千円以下の世帯

## ○内容

- ・補助の対象となる工事  
既存の住宅の浴室・便所・玄関・階段・廊下・台所・洗面所等を障害者本人や介護者の負担を軽減するための改造工事
- ・補助率10分の9以内(上記対象となる工事に要する費用の内)
- ・交付上限額は63万円です。(補助限度基準額70万円の9割)

## ○届出窓口

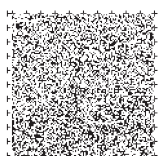
障害福祉課

## ○必要書類等

- ① 身体障害者住宅整備事業補助金交付申請書
- ② 事業計画書
- ③ 工事見積書
- ④ 平面図
- ⑤ 工事前の写真

## ○注意事項

- ・改造後の申請は受理できません。
- ・新築や増築、住宅の全面改築、水洗化工事、老朽化を理由とする改修は助成の対象外です。
- ・障害の程度、工事の内容等によっては、助成の対象外となる場合があります。必ず着工前にご相談ください。



## 緊急通報装置貸与事業



1級～2級

### ○対象者

- ・ひとり暮らしの身体障害者で総合等級が1級または2級の者
- ・家族の就労等により、日中ひとりで在宅となる重度身体障害者のうち下記の者
  - (1) 視覚障害1級
  - (2) 下肢または体幹機能障害1級
  - (3) 心臓、腎臓または呼吸器機能障害1級または2級

### ○内容

- ・緊急通報装置・携帯用通報端末機・安否確認用人感センサー・煙式火災報知器の貸与
- ・緊急通報装置の通報ボタンを押したとき又はセンサーが安否異常を確認した等の場合、コールセンターにつながり専門のオペレーターが対応します。必要に応じて協力者・消防署員が駆けつけます。
- ・月に1回、コールセンターから健康確認の電話をします。

### ○届出窓口

障害福祉課、福祉政策課篠ノ井分室、または次の支所……豊野・戸隠・鬼無里・大岡・信州新町・中条

### ○お持ちいただくもの

身体障害者手帳、申請書（民生委員・児童委員の確認欄がありますので、事前に記入していただく必要があります。）

### ○注意事項

- ・本制度で電話加入権の取得、及び電話設置工事費、毎月の電話料金に対する助成はありません。

## 緊急通報 FAX



聴覚・音声・言語

### ○対象者

長野市在住の聴覚・音声・言語障害者

### ○内容

聴覚・音声・言語障害等により音声による119番通報が困難な方がいる世帯を消防局に登録し、緊急時に備える。

緊急通報FAXが利用できる場合

- 1 火災発生のため消防車出動の必要がある場合
- 2 病気、ケガ等のため救急車出動の必要がある場合
- 3 夜間、日曜、祝日の緊急医が新聞等で確認できないため、問い合わせをする場合

### ○届出窓口

障害福祉課

### ○お持ちいただくもの

身体障害者手帳

### ○注意事項

FAXの給付を行うものではありません。日常生活用具給付事業で、FAXの給付を受けられる場合があります。

## NET119緊急通報システム



聴覚・音声・言語

### ○対象者

長野市消防局管轄区域在住又は在勤若しくは在学の方

### ○内容

聴覚や発語の障がい等により、音声通話が困難な方が、携帯電話やスマートフォンのWeb（インターネット）機能を通じて、簡単な画面操作で119番通報を行うことができる。

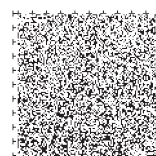
### ○届出窓口

通信指令課 障害福祉課

### ○お持ちいただくもの

携帯電話またはスマートフォン

※利用するには、事前登録が必要です。



○対象者

長野市在住の聴覚障害者（身体障害者手帳保持者）で、音声による防災・避難情報の取得が困難な者のうち携帯電話やスマートフォン等による防災・避難情報を受信することができない者

○内容

長野市総合防災情報システムから配信される大雨特別警報、大雪特別警報、暴風特別警報、暴風雪特別警報、土砂災害警戒情報、国民保護情報を、登録者の自宅FAXへ一斉に送信するもの。

※令和2年1月から震源・震度情報、記録的短時間大雨、気象警報、注意報、水位の情報が追加されました。

○届出窓口

障害福祉課

○お持ちいただくもの

身体障害者手帳

○注意事項

FAXの給付を行うものではありません。日常生活用具給付事業で、FAXの給付を受けられる場合があります。

在宅医療機器使用者への停電時の支援



○対象者

長野市在住の在宅医療機器使用者

○内容

医療機器の使用状況を中部電力パワーグリッド株式会社に登録することで、停電情報や復旧情報の連絡支援、また、停電の長期化（24h超過を目安）が見込まれる場合においては、かかりつけ医や親族宅等への避難を推奨する連絡支援を受けることができます。



無料スマートフォンアプリ「停電情報お知らせサービス」

中部電力パワーグリッドでは「停電情報お知らせサービス」を提供しています。

本サービスは、「ご希望の地域」や「ご自宅など個別のご契約」を事前に登録しておくことで、登録した地域等が停電・復旧した場合にお知らせするサービスです。

個別のご契約は最大20件まで登録が可能のため、離れて暮らすご家族の地域で停電した場合も確認でき安心です。さらに、電気設備に関するご相談をチャットで気軽にお問い合わせが可能です。突然の停電に備え、ぜひダウンロードください。



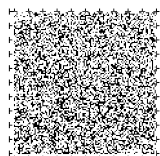
App Store



Google Play

○問い合わせ先

中部電力パワーグリッド株式会社 長野支社 地域サービスグループ  
長野市柳町18番地 TEL 0120-985-232（年中無休）



## いこいの家（老人憩の家）利用料の免除



### ○対象者

市内に居住する身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、戦傷病者手帳、被爆者健康手帳の所持者と、その引率者又は介護者1名

### ○内容

利用料を無料にします。

### ○実施施設名

| 名称        | 所在地         | 休館日   | 電話       |
|-----------|-------------|-------|----------|
| 松代いこいの家   | 松代町東条3581-1 | 金曜日   | 278-7272 |
| 石川 //     | 篠ノ井石川968    | 火曜日   | 292-3900 |
| 大豆島 //    | 大字大豆島6311-1 | 木曜日   | 221-5600 |
| 茂菅 //     | 大字小鍋60-1    | 水曜日   | 234-5466 |
| 新橋 //     | 塩生甲2747-イ-1 | 木曜日   | 228-4731 |
| 氷鉋 //     | 稲里町中氷鉋405   | 日曜日   | 284-8100 |
| 東北 //     | 大字富竹962-5   | 金曜日   | 296-3825 |
| 若穂 //     | 若穂保科1185    | 第3木曜日 | 282-3050 |
| 東長野 // ※1 | 吉田5丁目9-26   | 日曜日   | 244-6721 |

※1 東長野のお風呂は、月・木曜日のみです。

### ○利用方法

高齢者活躍支援課又は各支所で利用券の交付を受けて、施設において身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、戦傷病者手帳、被爆者健康手帳とともに提示してください。

