

# はじめに

この「しおり」は、いなべ市に在住の障がい者の方が利用できる諸制度を紹介する冊子です。ぜひ、ご活用ください。

なお、各制度の内容については、令和8年2月現在で作成しています。その後、内容変更する場合がありますので、詳しくは担当窓口にお問合せください。

いなべ市 福祉部 障がい福祉課

## ＊ しおりの使い方のご案内 ＊

各項目にある **身** **知** **精** **難** の表示は次の障がいのある方を対象としたサービスであることを示しています。

また、表示がないサービスについては、障がいの内容を限定したサービスではないため、対象者や詳しい内容については、担当課にお問合せください。

- 身** 身体障がい者
- 知** 知的障がい者
- 精** 精神障がい者
- 難** 難病患者

# ◆ 目 次 ◆

## 障害者手帳 ～障がい認定されたら～

1. 身体障害者手帳 ..... 1
2. 療育手帳 ..... 2
3. 精神障害者保健福祉手帳 ..... 3

## 医療・健康 ～医療費助成～

1. 障がい者医療費 ..... 4
2. 後期高齢者医療制度 ..... 4
3. 精神通院医療（自立支援医療） ..... 5
4. 更生医療（自立支援医療） ..... 6
5. 育成医療（自立支援医療） ..... 7
6. 小児慢性特定疾病医療助成 ..... 7
7. 特定医療費助成（指定難病） ..... 7
8. 高齢者肺炎球菌ワクチン接種 ..... 8
9. 高齢者インフルエンザ予防接種・高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 ..... 8
10. 帯状疱疹ワクチン予防接種 ..... 8

## 日常生活の支援 ～在宅・外出時などの支援～

1. 補装具の交付と修理 ..... 9
2. 日常生活用具の給付 ..... 9
3. 小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付 ..... 11
4. タクシー料金助成事業 ..... 11
5. 三重おもいやり駐車場利用証制度 ..... 12
6. 駐車禁止規制適用除外 ..... 12
7. 障害福祉サービス等 ..... 13
8. 移動支援事業 ..... 15
9. 日中一時支援事業 ..... 15
10. 訪問入浴サービス事業 ..... 15
11. 手話通訳・要約筆記者の派遣 ..... 16
12. 視覚障害者生活訓練 ..... 16
13. Net119・FAX119 緊急通報システム ..... 17

14. 障がい子育て支援事業	17
15. 家具類転倒防止対策事業	18
16. 相談支援事業	18
17. 成年後見制度利用支援事業	19
18. いなべ市成年後見支援センター(成年後見制度の専用相談窓口)	19
19. 日常生活自立支援事業	19

## 手当・年金

1. 特別障害者手当	20
2. 障害児福祉手当	21
3. 特別児童扶養手当	22
4. 児童扶養手当	22
5. 障害年金	23
6. 心身障害者扶養共済	23

## 税金・公共料金等の減免等

1. 税の所得控除	24
2. 自動車税の減免(普通自動車)	24
3. 運賃等の割引	26
(1) JR・私鉄	26
(2) 航空運賃	26
(3) 有料道路通行料金割引証	26
4. NHK放送受信料の減免	27
5. 体育施設等の使用料免除	28



# 障害者手帳



## 1. 身体障害者手帳 **身**

身体に障がいのある人が、各種福祉サービスを受け易くするために必要な手帳です。  
なお、都道府県より指定を受けた医師が身体障害者程度等級表に基づき診断、県が決定し交付します。

### 【手帳の対象となる障がい】

- 視覚障がい
- 聴覚、平衡機能の障がい
- 音声機能、言語機能、そしゃく機能の障がい
- 肢体不自由
- 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、免疫機能、肝臓機能の障がい

### 【身体障害者程度等級】

障がい程度は、1級～6級に区分されています。

### 【申請に必要なもの】

- ①身体障害者手帳交付申請書
- ②指定医の診断書・意見書
- ③本人の顔写真（たて4cm×よこ3cm）を1枚
- ④マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

※手帳交付後に次の事項が生じたときは、必ず手続きをしてください。

事 項	手続きに必要なもの				
	申請書 (届出書)	手 帳	診断書	写真1枚	マイナンバー カードなど
①住所の変更	○	○			○
②氏名・保護者の変更	○	○			○
③手帳の紛失・破損	○	△		○	○
④障がい程度の変更・障がいの追加	○	○	○	○	○
⑤死亡及び障がいの消失	○	○			○

申請書（届出書）は、内容によって様式が変わります。

【申請窓口・問い合わせ】福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 2. 療育手帳 **知**

知的に障がいのある人が一貫した相談などを受けられるとともに各種福祉サービスを受け易くするために県が手帳を交付します。

### 【手帳交付の条件】

児童相談所（18歳未満）または障害者相談支援センター（18歳以上）において、知的に障がいがあると判定を受けた方。ただし、一定の期間により再判定があります。

### 【療育手帳の種類】

障がい程度	表記	知能指数
最重度	A 1	概ね 20 以下
重 度	A 2	概ね 21 ～ 35
中 度	B 1	概ね 36 ～ 50
軽 度	B 2	概ね 51 ～ 70

なお、知能指数が71～79であっても、自閉症等と診断され、障害者相談支援センター長が必要と認めた場合は、軽度（B2）と認定することができるとされています。

### 【申請方法】

- 18歳未満の方
  - ①障がい福祉課で相談、判定予約
  - ②北勢児童相談所の判定
  - ③障がい福祉課で申請
- 18歳以上の方
  - ①障がい福祉課で相談・調査・判定予約
  - ②三重県障害者相談支援センターの判定
  - ③障がい福祉課で申請

### 【申請に必要なもの】

- ①療育手帳交付申請書
- ②本人の顔写真（たて4cm×よこ3cm）を1枚
- ③マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

※手帳交付後に次の事項が生じたときは、必ず手続きをしてください。

事 項	手続きに必要なもの			
	申請書 (届出書)	手 帳	写真1枚	マイナンバー カードなど
①住所の変更	○	○		○
②氏名・保護者の変更	○	○		○
③手帳の紛失・破損	○	△	○	○
④障がい程度の変更	○	○	○	○
⑤死亡及び障がいの消失	○	○		○

申請書（届出書）は、内容によって様式が変わります。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

### 3. 精神障害者保健福祉手帳 **精**

精神に障がいのある人が社会復帰・自立・社会参加を図るため、各種福祉サービスを受けやすくするために県が手帳を交付します。

#### 【手帳交付の条件】

精神障がいをもつ者のうち、精神障がいのため長期にわたり、日常生活または社会生活への制約がある人。

#### 【障がい程度】

1 級～3 級

#### 【有効期限】

手帳の有効期限は、2 年間です。有効期限の 3 か月前から更新申請ができます。

事項	申請書	記載事項変更 ・再発行申請書	返還届	または		写真(縦4cm×横3cm) 脱帽1年以内撮影	現在の 手帳	マイナンバー 確認書類 と本人確認書類	期限 合わせ申請書
				診断書(手帳用)	年金証書等の写し+ 同意書(年金事務所等 照会用)				
新規申請	○			※1	※2	※3		○	※4
更新申請	○			※1	※2	※3		○	※5
障害等級変更申請	○			※1	※2	※3		○	
写真無から写真有へ変更		○				○		○	
県外から転入	○	○				※3	○	○	
氏名の変更、市内転居 県内他市町から転入		○					○	○	
再発行(破損、汚損、紛失他)		○				※3		○	
返還			※6				○	○	

- ※1 新規申請の場合、初診日から6か月以上経過した時点で作成されたもの。市受付前3か月以内のもの。
- ※2 年金証書(精神障がいのもの)、年金払込通知書、年金支払通知書、特別障害者給付金受給資格証のいずれかの写し(住所、氏名、年金番号が確認できるもの。)
- ※3 希望しない方は写真無も可。その場合、一部サービスを受けられないことがあります。
- ※4 診断書添付での手帳申請に限ります。条件：手帳申請日の翌月以降も有効期限がある自立支援医療受給者証(精神通院医療)を所持していること。手帳申請日翌日以降の同受給者証の有効期限を短縮し、同時に自立支援医療更新申請(手帳用診断書(写)を添付)をすることによって期限を合わせます。
- ※5 診断書添付での手帳申請で、自立支援医療受給者証(精神通院医療)の有効期限3か月前から期限後1か月以内の申請に限ります。条件：手帳有効期限以降も有効期限がある同受給者証を所持していること。手帳有効期限以降の同受給者証の有効期限を短縮し、同時に自立支援医療更新申請(手帳用診断書(写)を添付)をすることによって期限を合わせます。
- ※6 更新・変更した手帳受取後の、古い手帳を返却する際は不要です。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 1. 障がい者医療費 **身** **知** **精**

心身に障がいのある方が、病院などで支払った医療の自己負担額を助成する制度です。

### 【対象者】

- ① 1～4級の身体障害者手帳をお持ちの方
- ② 判定機関で、知的障がい者と判定された方のうち知能指数50以下の方
- ③ A1（最重度）、A2（重度）、B1（中度）の療育手帳をお持ちの方
- ④ 1・2級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方



### 【所得制限】

本人および扶養義務者の前年の所得により制限されます。

### 【助成額】

保険診療分の自己負担金額（ただし、高額医療費、附加給付分を除く）

※1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は通院のみ、2級の手帳の方は通院の $\frac{1}{2}$ のみの助成）

※注意：部屋代、おむつ代など保険適用外分は含まれません。

### 【申請に必要なもの】

- ① 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳
- ② 加入している医療保険がわかるもの  
（マイナ保険証とマイナンバーカードの暗証番号、資格情報のお知らせ、資格確認書など）
- ③ 振込先口座がわかるもの（通帳、キャッシュカードなど）
- ④ 本人および同居する扶養義務者のマイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類（1月1日現在いなべ市に住所を置いていない方のみ必要）  
同意書や所得課税証明書の追加提出が必要となる場合があります。

【申請窓口・問合せ】 市民部保険年金課 TEL 86-7811 FAX 86-7863

## 2. 後期高齢者医療制度 **身** **知** **精**

原則75歳以上の方を対象とした制度ですが、65歳以上75歳未満の一定程度の障害がある方は、申請により加入することができる制度です。

### 【対象者】

- ① 1～3級及び4級の一部の身体障害者手帳をお持ちの方
- ② A1（最重度）、A2（重度）の療育手帳をお持ちの方
- ③ 1・2級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方
- ④ 1・2級の国民年金法等における障害年金を受給している方

### 【自己負担割合】

1割から3割 ※住民税課税所得により異なります。

### 【申請に必要なもの】

- ① 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または年金証書（障害年金）
- ② マイナンバーが確認できる書類

【申請窓口・問合せ】 市民部保険年金課 TEL 86-7811 FAX 86-7863

### 3. 精神通院医療（自立支援医療）精

精神疾患の治療のために、通院医療費の自己負担を原則1割にすることにより、医療の軽減を図る制度です。

#### 【対象者】

精神疾患のため継続して通院医療が必要な方が対象となります。

事 項	手続きに必要なもの	支給認定申請書	記載事項変更届	再交付申請書	受給者証返還届	収入申告書と収入・年金・手当等の年額が分かる資料	診断書兼意見書	追加交付意見書	現在の受給者証	健康保険の被保険者情報がわかる書類	マイナンバー確認書類と本人確認書類	転入者用の同意書	期限合わせ申請書	精神障害者保健福祉手帳	所得等の確認の同意書
新規申請		○				※1	※2	※3		※4	※5		※6		○
手帳による新規申請		○				※1		※3		※4	※5			○	○
再認定(更新)診断書が必要な年		○				※1	※2	※3	○	※4	※5		※6		○
再認定(更新)診断書が不要の年		○				※1			○	※4	※5		※6		○
他都道府県から転入		○	○			※1			○	※4	※5	※7			○
医療機関追加		○						※3	○		※5				
医療機関変更		○						※3	○		※5				
加入する健康保険の変更			○						○	※4	※5				○
氏名の変更			○						○		※5				
住所の変更(市内転居)			○						○		※5				
県内他市町から転入			○			※1			○	※4	※5				
再交付(破損、汚損、紛失他)				○							※5				
返還					※8				○						

- ※1 非課税世帯の場合のみ必要です（同じ健康保険に加入する家族を「世帯」としています。）。
- ※2 精神障害者保健福祉手帳を同時に申請する際に手帳用の診断書を添付する場合は不要です。
- ※3 訪問看護やデイケア等を使う場合に必要になります。通院する病院の系列の訪問看護やデイケア等の場合不要になることもあります。詳しくは障がい福祉課までお尋ねください。
- ※4 会社等の健康保険の場合は受診者本人の健康保険の被保険者情報がわかる書類が必要です。国保（建設国保等も含む）や後期高齢の場合は同一保険家族全ての健康保険の被保険者情報がわかる書類が必要です。生活保護受給者の場合は不要です。マイナ保険証の場合は、マイナポータルで読みとりの上、保険証の画面を提示して下さい（印刷も可）。
- ※5 会社等の健康保険の場合は受診者本人及び被保険者のマイナンバー確認書類、国保（建設国保等も含む）や後期高齢の場合は同一保険家族全てのマイナンバー確認書類が必要です。
- ※6 精神障害者保健福祉手帳との期限合わせを行う場合のみ必要です。
- ※7 転入前自治体で申請時に添付した精神通院医療用の診断書の写しがある場合は不要です。
- ※8 更新した受給者証受取後の、更新前の受給者証返却時は不要です。

#### 【自己負担】

世帯の所得に応じて区分に分けられ、それぞれに月額負担上限額が決められています（更生医療と共通です）。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 4. 更生医療（自立支援医療） **身**

身体障がい者が障がいの程度を軽減または取り除き、あるいは障がいの進行を防ぎ職業上及び日常生活の便宜を増すために必要な医療費を給付する制度です。（ただし、指定医療機関があります。）

### 【対象者】

身体障害者手帳をお持ちの方または障害者総合支援法の対象疾病の方（いずれも18歳以上に限る）で、障がいを軽減するために必要な治療や手術をする場合（保険診療内）

### 【申請に必要なもの】

○市民税が課税世帯の方

- ①自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書
- ②自立支援医療（更生医療）意見書（眼科、耳鼻科は医学的意見書）
- ③身体障害者手帳の写し
- ④加入している医療保険がわかるもの  
マイナ保険証とマイナンバーカードの暗証番号、資格情報のお知らせ、資格確認書など
- ⑤特定疾病療養受療証の写し（人工透析療法の場合）
- ⑥マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類
- ⑦同意書

※市民税が非課税世帯の方は、上記の他、下記の書類も必要になります。

- ①収入申告書
- ②受給者本人の収入、年金、手当等の年額がわかる資料  
（源泉徴収票、年金証書、振込通知書、手当の証書等の写し）

### 【自己負担】

世帯の所得に応じて次の区分に分けられ、それぞれに月額負担上限額が決められています。

区 分	対象となる世帯	月額負担上限
生活保護	生活保護世帯に属する者	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で障がい者の収入が80万円以下	2,500円
低所得2	市町村民税非課税世帯で低所得1以外	5,000円
中間的な所得	市町村民税課税世帯で住民税額(所得割)が23万5千円未満	医療保険の自己負担限度額と同額 ※「重度かつ継続」に該当する場合は、上限額が5,000円または10,000円に設定されます。
一定所得以上	市町村民税課税世帯で住民税額(所得割)が23万5千円以上	自立支援医療費支給の対象外 ※「重度かつ継続」に該当する場合は、自己負担が1割になり、上限額が20,000円に設定されます。

### 【給付の主な用途例】

- ①心臓機能障がいの場合…ペースメーカー埋め込み手術、弁口、心室心房中隔に対する手術
- ②股関節の障がいの場合…人工股関節置換術等
- ③腎臓機能障がいの場合…人工透析療法、腎移植術

※申請には、手術の前に身体障害者手帳の交付を受けていることが必要です。

※更生医療指定医療機関に限られます。

※世帯の前年の課税状況等に応じて一部負担金があります。

※身体障害者手帳に記載されていない障がいは、給付の対象になりません。

※手術等が決定し申請が必要な場合は、早めにご相談ください。

（手術後の申請は、更生医療の対象になりません。）

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 5. 育成医療（自立支援医療）

身体上に障がいをもつ児童または現在ある病気を放置すると将来において重大な障がいを残すおそれが認められる児童であって、確実な治療効果が期待できるものに対して、その障がいの除去、軽減のための手術などの医療費を給付する制度です。（ただし、指定医療機関があります。）

### 【対象者】

市内に保護者が居住地を有する18歳未満の児童（身体障害者手帳を所持していなくても申請できます。）

### 【申請に必要なもの】

- ① 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（申請者記入）
- ② 自立支援医療費（育成医療）意見書（主治医記入）
- ③ 加入している医療保険がわかるもの  
マイナ保険証とマイナンバーカードの暗証番号、資格情報のお知らせ、資格確認書など
- ④ マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類
- ⑤ 同意書



### 【自己負担】

世帯の所得状況に応じて月額負担上限額が決められます。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 6. 小児慢性特定疾病医療助成

児童福祉法に基づき、小児慢性特定疾病にかかる高額な医療費の負担を軽減するため、医療費を助成する制度です。

### 【対象者】

三重県内の18歳未満（ただし、18歳の時点で制度の対象になっており、かつ18歳以降も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満）の児童等

※詳細は桑名保健所へお問い合わせいただくか、三重県のホームページをご覧ください。また、申請に必要な書類は保健所で入手していただくか、三重県のホームページからダウンロードできます。

【申請窓口・問合せ】 桑名保健所 地域保健課 TEL 24-3620 FAX 24-3692

## 7. 特定医療費助成（指定難病）難

難病のうち「指定難病」と診断され、その治療にかかわる医療費の一部を助成する制度です。

### 【対象者】

国の定める「指定難病」の患者で、一定の認定基準をみたしている方

※詳細は桑名保健所へお問い合わせいただくか、三重県のホームページをご覧ください。また、申請に必要な書類は保健所で入手していただくか、三重県のホームページからダウンロードできます。

【申請窓口・問合せ】 桑名保健所 地域保健課 TEL 24-3620 FAX 24-3692

## 8. 高齢者肺炎球菌ワクチン接種 **身**

### 【対象者】

60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、または呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方、およびヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有することを医師が認めた方で、過去に接種を受けたことがない方

### 【自己負担（医療機関で支払）】

未定

【申請窓口・問合せ】 健康こども部健康推進課 TEL 86-7824 FAX 86-7864

## 9. 高齢者インフルエンザ予防接種 **身** 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 **身**



### 【対象者】

60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、または呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方、およびヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有することを医師が認めた方

### 【自己負担（医療機関で支払）】

インフルエンザワクチン…1,600円程度 新型コロナウイルスワクチン…4,700円程度

### 【接種期間】

10月1日～1月31日（接種期間は変更する場合があります。）

【問合せ】 健康こども部健康推進課 TEL 86-7824 FAX 86-7864

## 10. 帯状疱疹ワクチン予防接種 **身**

### 【対象者】

60歳から65歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方

### 【自己負担（医療機関で支払）】

水痘ワクチン（生ワクチン）…2,500円程度  
帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）…1回につき6,000円程度

【申請窓口・問合せ】 健康こども部健康推進課 TEL 86-7824 FAX 86-7864

# 日常生活の支援

## 1. 補装具の交付と修理 **身 難**

身体障がい者（児）に対して、職業その他日常生活の能率向上を図るため、補装具の交付と修理を行います。（介護保険を使える方については、介護保険が優先となります。）

### 【対象者】

身体障害者手帳の交付を受けた方または障害者総合支援法の対象疾病の方

### 【対象用具】

義肢、装具、座位保持装置、盲人安全つえ、義眼、眼鏡、補聴器、車椅子、電動車椅子、歩行器、歩行補助つえ、重度障害者用意思伝達装置、人工内耳用音声信号処理装置（修理のみ）

### 【自己負担】

1割の実費

※障がい福祉サービスと同様、1割の定率負担について上限月額が次のように示されております。

区 分	対象となる人	上限額（月額）
生活保護、低所得	生活保護世帯の人、市民税非課税世帯の人	0円
一般	市町村民税課税世帯の人	37,200円

### 【申請に必要なもの】

- ①補装具費（購入・修理）支給申請書
- ②補装具意見書（眼科、耳鼻科は医学的意見書）  
※三重県障害者相談支援センターでの来所判定の場合は不要
- ③交付（修理）を希望する用具の見積書
- ④身体障害者手帳の写し
- ⑤マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

※18歳未満の方については②の代わりに補装具費支給意見書が必要になります。

※補装具の種類によっては、三重県障害者相談支援センターでの来所判定や市の職員の聞き取り調査が必要になります。

※対象用具には、それぞれ基準額がありますので、基準額を超えた金額については、支給の対象になりません。

※障がいの内容によっては、対象とならないものがあります。

※申請以前に購入したものについては、対象になりません。

※耐用年数を経過していないと、再交付されません（修理は可）。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 2. 日常生活用具の給付 **身 知 精 難**

在宅の障がい者（児）等に対して、日常生活の便宜を図り、もって重度障がい者等の福祉の増進に資するため、日常生活用具を給付します。（介護保険法を使える方については、介護保険が優先となります。）

## 【対象者】

身体障がい者（児）、知的障がい者（児）、精神障がい者（児）、難病患者等

※障がいの内容、世帯の収入状況等によっては、対象とならないものがあります。

※「難病患者等」… 治療方法が確立していない疾病その他特殊の疾病であって厚生労働大臣が定める程度である者

## 【対象用具】

区 分	給付又は貸与できるもの
介護・訓練用支援用具	特殊寝台、特殊マット、床ずれ防止用具、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、移動用リフト
自立生活支援用具	浴槽、入浴補助用具、便器、Ｔ字状・棒状の杖、移動・移乗支援用具、頭部保護帽、特殊便器、火災警報器、自動消火器、電磁調理器、歩行時間延長信号機用小型送信機
在宅療養等支援用具	聴覚障害者用屋内信号装置、透析液加湿器、ネブライザー（吸入器）、電気式たん吸引器、酸素ボンベ運搬車、視覚障害者用体温計（音声式）、パルスオキシメーター、発電機又は人工呼吸器用外部バッテリー
情報・意思疎通支援用具	視覚障害者用体重計、携帯用会話補助装置、パーソナルコンピュータ、情報・通信支援用具、点字ディスプレイ、点字器、点字タイプライター、視覚障害者用ポータブルレコーダー、視覚障害者用活字文書読上げ装置、視覚障害者用拡大読書器、視覚障害者用時計、視覚障害者用ラジオ、聴覚障害者用通信装置、ファックス、聴覚障害者用情報受信装置、人工喉頭（電動式、笛式、埋込型用人工鼻）、点字図書、人工内耳用音声信号処理装置（スピーチプロセッサ）、音声血圧計
排泄管理支援用具	ストマ装具、収尿器、紙おむつ
住宅改修費	居宅生活動作補助用具（１人１回のみ）

## 【自己負担】

Ⅰ割の実費

※障がい福祉サービスと同様、Ⅰ割の定率負担について上限月額が次のように示されております。

区 分	対象となる人	上限額（月額）
生活保護	生活保護世帯の人	０円
低所得Ⅰ	市町村民税非課税世帯で障害者または障害児の保護者の年収が８０万円未満の人	１５,０００円
低所得Ⅱ	市町村民税非課税世帯で低所得Ⅰに該当しない人	２４,６００円
一 般	市町村民税課税世帯の人	３７,２００円

## 【申請に必要なもの】

- ①日常生活用具の給付申請書
- ②給付を希望する用具の見積書（必要に応じて、参考になる図面等）
- ③障害者手帳の写し
- ④マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

※対象用具には、それぞれ基準額がありますので、基準額を超えた金額については、給付の対象になりません。

※障がいの内容や給付する用具によっては、給付する際に障がい福祉課職員が事前に家庭訪問により、申請者の身体状況及び家庭状況を面接調査したり、医師の意見書を求めたりする場合があります。

※申請以前に購入したものについては、対象になりません。

※耐用年数を経過していないと、再交付されません（ストマ、紙おむつ、点字図書を除く）。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

### 3. 小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付

小児慢性特定疾病児童が日常生活を容易にするために必要な用具の給付を行います。

#### 【対象者】

小児慢性特定疾病医療費支給認定の対象となっている児童

#### 【自己負担】

世帯の課税状況により、一部自己負担があります。

#### 【申請に必要なもの】

- ①日常生活用具給付申請書
- ②県が発行する小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の写し
- ③給付を希望する用具の見積書



※対象用具には、それぞれ基準額がありますので、基準額を超えた金額については、給付（貸与）の対象になりません。

#### 【日常生活用具一覧】

便器、特殊マット、特殊便器、特殊寝台、歩行支援用具、入浴補助用具、特殊尿器、体位交換器、車いす、頭部保護帽、電気式たん吸引器、クールベスト、紫外線カットクリーム、ネブライザー（吸入器）、パルスオキシメーター、ストマ装具、人工鼻、チューブ型包帯

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

### 4. タクシー料金助成事業 **身 知 精**

障がいのある方が、社会参加又は医療機関への通院等のためタクシーを利用する際、タクシー乗車券により料金の一部を助成します。

#### 【対象者】

- ① 1・2級の身体障害者手帳をお持ちの方
- ② A1・A2の療育手帳をお持ちの方
- ③ 1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方



#### 【助成金額】

- ①使用した枚数に650円を乗じて得た金額（使用は乗車1回につき3枚まで）
- ②迎車を利用した場合は迎車料（150円）
- ③年間支給枚数は、36枚（3枚/月） 例：5月に申請した場合は33枚支給

#### 【利用方法等】

- ①タクシーを利用する場合には、障害者手帳と乗車券綴を提示して下さい。
- ②いなべ市と提携しているタクシー会社に限りです。

#### 【申請に必要なもの】

- ①いなべ市障害者タクシー乗車券交付申請書
- ②身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の写し

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 5. 三重おもいやり駐車場利用証制度 **身 知 精 難**

車椅子使用者用駐車場等の適正な利用を進めるため、「おもいやり駐車場」を利用できる方を明らかにし、利用証を交付します。

### 【利用証の交付対象者と有効期間】

歩行が困難で以下の基準に該当する方

区 分		交付要件	有効期間	
障がい者	身体障がい	身体障害者手帳の等級が下記の等級であること。	無期限	
	視覚障がい	1級から4級		
	聴覚障がい	2級、3級		
	平衡機能障がい	3級、5級		
	肢体不自由	上肢		1級、2級
		下肢		1級から6級
		体幹		1級、2級、3級、5級
		乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい		上肢機能
	移動機能			1級から6級
		心臓・じん臓・呼吸器・小腸・直腸・ぼうこうの機能障がい		1級、3級、4級
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい、肝機能障がい	1級から4級		
知的障がい	療育手帳の障がいの程度欄「A」			
精神障がい	精神障害者保健福祉手帳の障がい区分「I級」			
難病患者	特定疾患医療受給者、特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療受給者			

### 【申請に必要なもの】

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾患医療受給者証  
特定医療費（指定難病）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証

【申請窓口】 福祉部人権福祉課 TEL 86-7815 FAX 86-7865

【問合せ】 三重県子ども・福祉部家庭福祉・施設整備課施設整備・ユニバーサルデザイン班  
TEL 059-224-3349 FAX 059-224-2270

## 6. 駐車禁止規制適用除外 **身 知 精**

心身に障がいがあり、歩行の困難な方が自分で運転または同乗している自動車は、駐車禁止規制の適用から除外される場合があります。詳しくは、いなべ警察署交通課へお問合せください。

【問合せ】 いなべ警察署交通課 TEL 84-0110

## 7. 障害福祉サービス等 **身 知 精 難**

障がいのある方が地域で安心して暮らせるよう日常生活や社会生活を総合的に支援する制度です。  
 なお、「介護給付サービス」を受けるには調査員による聴き取り調査及び審査会における障害支援区分認定が必要となります。  
 (介護保険該当者の場合は、介護保険でのサービスが優先となります。)

### 【対象者】

障がいのある方

### 【サービスの種類】

サービス名	サービス内容	区分	備考
居宅介護	居宅において入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する	1以上	
重度訪問介護	重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障がい者につき、居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜及び外出時における移動中の介護を総合的に供与する	4以上	
同行援護	視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する障がい者等につき、外出時において、当該障がい者等と同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障がい者等が外出する際の必要な援助を行う。	-	
行動援護	知的障がい者又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者等であって常時介護を要するものにつき、当該障がい者等が行動する際に生じ得る危険を回避する為に必要な援護、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する。	3以上	行動関連項目 10点以上
重度障害者等包括支援	常時介護を要する障がい者等であって、その介護の必要の程度が著しく高いものにつき、居宅介護等の障がい福祉サービスを包括的に提供すること。	6以上	行動関連項目 10点以上
短期入所	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障がい者支援施設等への短期間の入所を必要とする障がい者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する。	1以上	
療養介護	医療を要する障がい者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院等において行なわれる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を供与する	6以上	筋ジス、重心 区分5以上
生活介護	常時介護を要する障がい者につき、主として昼間において、障害者支援施設等において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供等の便宜を供与する。	3以上	50歳以上 区分2以上
施設入所支援	施設に入所する障がい者につき、主として夜間において、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する。	4以上	50歳以上 区分3以上
自立訓練 (身：機能訓練) (知・精：生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する。		機能訓練：18か月 生活訓練：24か月 (長期入所者36か月)

宿泊型自立訓練	知的障がい又は精神障がいを有する障がい者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。	—	利用期間:24か月
就労移行支援	就労を希望する障がい者につき、一定期間、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等便宜を供与する。	—	利用期間:24か月
就労選択支援	就労を希望する障がい者の能力や適正などに合った就労先や働き方について、よりよい選択ができるよう支援する。	—	利用期間:1か月
就労継続支援	通常の事業所に雇用されることが困難な障がい者につき、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する。	—	
就労定着支援	一般就労へ移行した障がいのある人が、就労にともなう環境変化による生活面の課題に対応できるように企業や自宅への訪問、来所により必要な支援をする。	—	利用期間:36か月
自立生活援助	施設を利用していた障がいのある人がひとり暮らしをはじめたときに、生活や健康、近所づきあいなどに問題がないか、訪問して必要な助言などの支援をする。	—	利用期間:12か月
共同生活援助	地域において共同生活を営むのに支障のない障がい者につき、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その他の日常生活上の援助を行うこと。	—	
地域移行支援	障がい者支援施設等に入所している障がい者又は精神科病院に入院している精神障がい者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。	—	利用期間:6か月
地域定着支援	居宅において単身等で生活する障がい者につき、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。	—	利用期間:12か月
放課後等 デイサービス	学校就学中の障がい児に対して、授業の終了後又は休業日に、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進の支援をすることにより、学校教育と相まって障がい児の自立を促進する。(家族の就労支援や休息が目的ではありません)	—	
児童発達支援	就学前の障がいのある幼児に対して、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進の支援をすることにより、障がい児の自立を促進する。(家族の就労支援や休息が目的ではありません)	—	

### 【申請に必要なもの】

- ①申請書
- ②世帯状況・収入・資産等申告書
- ③対象者本人の収入、年金、手当の年額がわかる資料  
(源泉徴収票、年金証書、振込通知書、手当の証書等の写し)
- ④マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

### 【自己負担】

1割(所得に応じて月額負担上限額が決められています)

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 8. 移動支援事業 **身** **知** **精**

屋外での移動が困難な障がい者等に対して、外出のための援助をヘルパーが行います。

### 【対象者】

身体障害者手帳、療育手帳をお持ちの方または精神障がい者

### 【申請に必要なもの】

- ①移動支援事業利用申請書
- ②前年の所得額が明らかになるもの（必要な方のみ）
- ③マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

### 【自己負担】

！ 割負担



【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 9. 日中一時支援事業 **身** **知** **精**

在宅障がい者の方の自立促進や生活改善、身体機能の維持向上等を図るための各サービスを日帰りで見られます。（介護保険が使える方は利用できません。）

### 【対象者】

身体障害者手帳、療育手帳をお持ちの方または精神障がい者

### 【申請に必要なもの】

- ①日中一時支援事業利用申請書
- ②前年の所得額が明らかになるもの（必要な方のみ）
- ③マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

### 【自己負担】

！ 割負担

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 10. 訪問入浴サービス事業 **身**

一般の浴槽では入浴困難な障がい者の方に、入浴設備や簡易浴槽を積んだ移動入浴車で訪問し、入浴の介助を行います。※1人週2回まで（介護保険が使える方は利用できません。）

### 【対象者】

医師が入浴可能と認めた方で、歩行が困難な在宅の身体障がい者

### 【自己負担】

！ 回 1,313円（事務所の所在地により若干異なります）

### 【申請に必要なもの】

- ①訪問入浴サービス事業利用申請書
- ②訪問入浴サービス事業医師意見書
- ③訪問入浴サービス事業誓約書



【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 11. 手話通訳・要約筆記者の派遣 **身**

聴覚に障がいのある人に対し、日常生活または、社会生活等におけるコミュニケーションを円滑に行えるように手話通訳者及び要約筆記者を派遣します。

### 【対象者】

聴覚障がい等で身体障害者手帳をお持ちの方

### 【派遣先の範囲及び派遣可能時間】

原則としていなべ市内 午前8時から午後9時まで

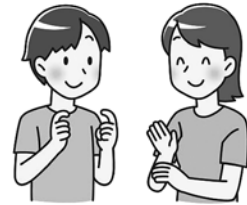
### 【自己負担】

無料

### 【申請に必要なもの】

手話通訳者及び要約筆記者派遣申請書

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865



## 12. 視覚障害者生活訓練 **身**

視覚障がい者に対し、視覚障害生活リハビリテーションの専門員である視覚障害者生活訓練等指導員がさまざまな生活訓練を行います。

### 【対象者】

市内に住所があり、視覚障がいの身体障害者手帳をお持ちの方で、自力で日常生活を営むことが難しい方

### 【訓練内容】

- ①歩行訓練
- ②点字、パソコン、墨字、拡大読書器等を使用する訓練
- ③調理、裁縫、身辺処理、掃除、買い物等の訓練

### 【申込方法】

電話・FAXで障がい福祉課へお申込みください。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865



## 13. Net119・FAX119 緊急通報システム

音声による119番通報が困難な聴覚・言語機能に障がいがある方が、円滑に消防への通報を行えるようにするシステムです。

### 【対象者】

桑名市消防本部管内に在住・在勤・在学している方で、聴覚・言語機能に障害があり、電話での通報が困難な方（手帳の有無は問いません）

### 【内容】

Net119は、スマートフォン等からインターネットを利用して消防へ119番通報ができるサービスです。

FAX119は、ファクシミリで消防に火災・救急の119番通報ができるサービスです。

【申請に必要なもの】 申込書、身体障害者手帳（手帳を交付されている方）

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 14. 障がい子育て支援事業

発達に不安のある乳幼児・児童を養育する保護者の方の相談、親子の居場所づくり等を行っています。また保護者同士の横の繋がりを大切にしたお話会や学習会を行っています。

### 【対象者】

発達に不安のある乳幼児・児童を養育する保護者等

### 【内容】

専門士による相談（言語・作業・心理）、親子の遊び場・学習のための場所提供、ちよこっとtime（お話会）・リフレッシュ講座・学習会 等

### 【実施場所】

いなべ市役所 保健センター棟 2階

【問合せ】 NPO 法人こどもぱれっと TEL・FAX 72-8005



## 15. 家具類転倒防止対策事業 **身 知 精**

地震発生時の家具類の転倒事故を軽減するため、障がい者世帯の寝室や居間の家具類に転倒防止金具を無料で取り付けます。ただし、申請は、1世帯につき1回限りとします。

### 【対象者】

- 1・2級の身体障害者手帳をお持ちの方を含む世帯
- A1・A2の療育手帳をお持ちの方を含む世帯
- 1級の子通手帳をお持ちの方を含む世帯



### 【対象家具】

洋服ダンス、和ダンス、整理ダンス、食器棚、タンスに類するものに対し、1世帯につき3点までとする。

### 【申請に必要なもの】

- ①申請書
- ②印かん

【申請窓口・問合せ】 総務部防災課 TEL 86-7746 FAX 86-7859

障がい者世帯以外にも対象となる場合がありますので、お問い合わせください。

## 16. 相談支援事業 **身 知 精 難**

障がいのある方やその家族の方からの相談に応じ、安心して地域で自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一緒に考えサポートします。

### 【対象者】

市内にお住まいの障がいのある方、その家族等

### 【サービス内容】

- ・日常生活全般の相談（健康、衣食住、就労、人間関係、余暇活動など）
- ・専門機関の紹介・福祉サービス等の情報提供、相談、利用援助
- ・権利擁護のために必要な援助・その他必要な情報提供及び助言等



### 【自己負担】

相談料無料

### 【問合せ】

事業所名	連絡先	
アジサイ	TEL 72 - 2618	FAX 72 - 2618
いなべ市社協相談支援事業所	TEL 41 - 2944	FAX 72 - 5162
いなべ市大障害者活動支援センター	TEL 88 - 0612	FAX 78 - 3265
アイリス相談支援センター	TEL 72 - 7722	FAX 72 - 7744

上記の相談支援事業所への専門的な指導・助言、人材育成の支援、成年後見制度利用の支援、虐待を防止するための取り組みや、一般就労の支援を行っています。

### 【問合せ】

事業所名	連絡先	
障がい者総合相談支援センターそういん	TEL 27 - 7188	FAX 24 - 6777
障がい者総合相談支援センターそういん いなべ・東員分室	TEL 49 - 5315	FAX 49 - 5316

## 17. 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度は、障がいによって判断能力が不十分な方の財産管理などを後見人が行う制度です。

申立ては、本人や本人の家族の方などが本人の住んでいる地域の家庭裁判所に行います。

いなべ市では、配偶者又は4親等以内の親族がいないなどで成年後見制度の利用ができない方には、市長が本人等に代わり申立てを行います。さらに経済的な理由から申立て経費や後見人などへの報酬が支払えない方には、その経費を助成します。

【問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 18. いなべ市成年後見支援センター(成年後見制度の専用相談窓口)

成年後見制度について詳しく知りたい、利用したいという方を対象とした相談窓口です。必要に応じて制度利用までの手続き等は無償で支援します（弁護士法第72条に抵触しない範囲に限ります）。

【問合せ】 いなべ市成年後見支援センター（いなべ市役所内）  
TEL 86-7817 FAX 86-7866

## 19. 日常生活自立支援事業

判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

### 【内容】

- ・福祉サービス利用援助事業（基本サービス）： 有料
  - ・日常的金銭管理サービス（追加サービス）： 有料
  - ・書類預かりサービス（追加サービス）： 有料
- ※生活保護受給者の方は無料です。

【問合せ】 いなべ日常生活自立支援センター（いなべ市役所内）  
TEL 86-7817 FAX 86-7866

# 手 当 ・ 年 金

## 1. 特別障害者手当

日常生活で、常時特別な介護を必要とされる重度障がい者の方で、20歳以上の在宅の方に手当を支給します。

### 【対象者】

精神または身体に著しく重度の障がいがあるため、日常生活においていつも特別の介護を必要とする20歳以上の方

### 【支給要件】

- ① 20歳以上であること。
- ② 福祉施設等に入所している場合は支給されません。
- ③ 病院等に継続して3か月を超えて入院される場合は支給されません。
- ④ 重度の障がいの状態で、日常生活において常時特別の介護を要する在宅の障がい者であること。
- ⑤ 所得制限があります。

### 【申請に必要なもの】

- ① 特別障害者手当認定請求書
- ② 受給資格者の戸籍謄本または抄本（必要な方のみ）
- ③ 特別障害者手当認定診断書（障害に該当する診断書）
- ④ 承諾書
- ⑤ 公的年金調書
- ⑥ 特別障害者手当所得状況届
- ⑦ 振込口座指定書
- ⑧ 振込口座通帳の写し
- ⑨ 年金証書、年金額改定通知、年金振込み通知の写し
- ⑩ マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

### 【手当支給額】（令和8年度）

30,450円／月

### 【支給方法】

2月、5月、8月、11月に口座振込

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 2. 障害児福祉手当 **身** **知** **精**

日常生活で、常時介護を必要とする程度の障がいのある 20 歳未満の方に手当を支給します。

### 【対象者】

精神または身体に重度の障がいがあるため、日常生活においていつも特別の介護を必要とする 20 歳未満の方

### 【支給要件】

- ① 20 歳未満であること。
- ② 重度の障がいの状態で、日常生活において常時介護を要する在宅の障がい児であること。
- ③ 障害年金等を受給できる場合は支給されません。
- ④ 児童福祉法に規定する肢体不自由児施設等に入所している場合は支給されません。
- ⑤ 所得制限があります。

### 【申請に必要なもの】

- ① 障害児福祉手当認定請求書
- ② 受給資格者の戸籍謄本または抄本（必要な方のみ）
- ③ 障害児福祉手当認定診断書（障がいに該当する診断書）
- ④ 承諾書
- ⑤ 公的年金調書
- ⑥ 障害児福祉手当所得状況届
- ⑦ 振込口座指定書
- ⑧ 振込口座通帳の写し
- ⑨ 年金証書、年金額改定通知、年金払込み通知の写し
- ⑩ マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

### 【手当支給額】（令和 8 年度）

16,560 円／月

### 【支給方法】

2 月、5 月、8 月、11 月に口座振込

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

### 3. 特別児童扶養手当 **身** **知** **精**

身体や精神に障がいのある20歳未満の児童（重度または中程度の障がいを有すること）の父もしくは母などに特別児童扶養手当を支給します。

#### 【対象者】

- ①身体障害者手帳1・2・3・4級の一部の方
- ②療育手帳A・BⅠ（中度）程度の方
- ③上記と同程度の障がいのある方



#### 【支給要件】

- ①20歳未満であること。
- ②児童が施設に入所していないこと。
- ③対象児童が当該障がいを事由とした障害年金を受給していないこと。
- ④所得制限があります。

#### 【申請に必要なもの】

- ①申請書
- ②戸籍謄本
- ③診断書（重度の場合は手帳の写しでも可）
- ④振込口座通帳の写し
- ⑤マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類

#### 【手当支給額】（令和8年度）

- 1級 58,450円/月
  - 2級 38,930円/月
- （支給額の1級・2級は障がい等級とは関係ありません）

#### 【支給方法】

4月、8月、11月に口座振込

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

### 4. 児童扶養手当

18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童を監護している母や、児童を監護し生計を同じくする父又は児童を養育している人、父又は母が重度の障がい（国民年金の障がい等級1級程度）を有する場合に、児童扶養手当が支給されることがあります。

【問合せ】 健康子ども部子ども政策課 TEL 86-7821 FAX 86-7864

## 5. 障害年金

障がい者となったとき、国民年金加入者は、障害基礎年金を、厚生年金加入者は障害厚生年金を受給することができます。なお、年金で使用される1～3級（障害基礎年金は1・2級のみ、障害厚生年金は3級まで）は各年金法による区分で、手帳の等級とは違います。

### (1) 障害基礎年金

#### 【対象者】

国民年金に加入し、次の全てに該当する方

- ①障がい認定日（初診日から起算して1年6か月を経過した日、又は治ゆした日）に1・2級（国民年金法）の障がいの状態となっている方
  - ②初診日に被保険者であること
  - ③一定の保険料納付要件を満たしていること
- ※20歳前にけがや病気で「対象の①」となった場合は、20歳に達した日以降に受給できます。

【問合せ】 市民部保険年金課 TEL 86-7811 FAX 86-7863

### (2) 障害厚生年金

#### 【対象者】

厚生年金に加入し、次の全てに該当する方

- ①障がい認定日（初診日から起算して1年6か月を経過した日、又は治ゆした日）に1～3級（厚生年金保険法）の障がいの状態となっている方
- ②初診日に被保険者であること
- ③一定の保険料納付要件を満たしていること

【問合せ】 四日市年金事務所 TEL 059-353-5515 FAX 059-354-5011

## 6. 心身障害者扶養共済 **身** **知** **精**

障がい者の保護者が掛金をして、障がい者に終身年金を支給する制度があります。保護者が生前に掛金をしておくと、保護者が死亡または重度障がいになったとき、障がい者に終身年金が支給されます。

#### 【加入資格】

次の①～④すべての要件を満たす保護者の方が加入できます

- ①三重県内に住所があること
- ②65歳未満であること
- ③特別の疾病または障がいのないこと
- ④障がいのある方1人に対して、加入できる保護者は1人であること

#### 【対象者】

次のいずれかの障がい者の方が対象になります

- ①1～3級の身体障害者手帳をお持ちの方、または同等の方
- ②知的障がいの方
- ③精神または身体に永続した障がいがあり、上記と同じ程度の方

【掛金額】 (例) 加入時35歳未満の場合、1口9,300円

【年金額】 1口は2万円、2口なら4万円となります。

【申請窓口】 福祉部障がい福祉課

【問合せ】 三重県子ども・福祉部障がい福祉課 TEL 059-224-2274 FAX 059-228-2085

# 税金・公共料金等の減免等

## 1. 税の所得控除 **身** **知** **精**

障がい者に所得のあるとき、または障がい者を扶養しているときは、申告または年末調整することにより所得税・市県民税の障害者控除（所得控除）が受けられます。

### 【所得税の所得控除額】

障害者……………270,000 円  
 特別障害者……………400,000 円  
 同居特別障害者……………750,000 円

### 【市県民税の所得控除額】

障害者……………260,000 円  
 特別障害者……………300,000 円  
 同居特別障害者……………530,000 円

※障害者……………身体障害者手帳 3 級以下、療育手帳 B 又は C、精神障害者保健福祉手帳 2・3 級  
 特別障害者…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

※障害者控除対象者認定書

障害者……………障害理由欄…「障害者」  
 特別障害者…障害理由欄…「特別障害者」

【問合せ】 総務部市民税課 TEL 86-7794 FAX 86-7861

## 2. 自動車税の減免（普通自動車） **身** **知** **精**

障がい者本人が自動車を運転するときは、自動車税種別割が障がい者本人名義の車 1 台に限り減免されます。障がい者と生計を一にする方が、もっぱら障がい者のために自動車をを使うときも 1 台に限り減免の対象になります。

### 【対象者】

障がい名	本人運転	家族・介護者	障がい名	本人運転	家族・介護者
視覚障害	1 級から 4 級	1 級から 4 級	腎臓機能障害	1 級及び 3 級	1 級及び 3 級
聴覚障害	2 級及び 3 級	2 級及び 3 級	呼吸器機能障害	1 級及び 3 級	1 級及び 3 級
平衡機能障害	3 級	3 級	ぼうこう又は直腸の機能障害	1 級及び 3 級	1 級及び 3 級
上肢機能障害	1 級及び 2 級	1 級及び 2 級			
下肢機能障害	1 級から 6 級	1 級から 3 級	小腸機能障害	1 級及び 3 級	1 級及び 3 級
運動機能障害	上肢機能	1 級及び 2 級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	1 級から 3 級	1 級から 3 級
	移動機能	1 級から 6 級			
体幹機能障害	1 級から 5 級	1 級から 3 級	音声機能障害 + 言語機能又は そしゃく機能障害	3 級 (喉頭摘出者に限る)	3 級
心臓機能障害	1 級及び 3 級	1 級及び 3 級	肝臓機能障害	1 級から 3 級	1 級から 3 級

障がい名	本人、家族・介護者運転	障がい名	本人、家族・介護者運転
知的障害 (療育手帳)	A1 (最重度) 及び A2 (重度) ※三重県発行のものに限ります。	精神障害	Ⅰ級

※家族運転の場合、障がい者等の通院、通学、通所、生業（通勤、自営等）、社会生活を営むための全ての使用（社会参加活動）のために、月4回以上、継続的（概ね6か月以上）に自動車を使用することが要件となっています。

※本人運転の車の場合は、車両の使用目的及び回数に制限はありません。

※18歳未満の身体障がい者や療育手帳を交付されている方の場合には、手帳記載の保護者の名義の自動車についても減免対象となります。また、精神障害者保健福祉手帳を交付されている方の場合、住民票謄本等で確認できる保護者に相当する方の名義でも構いません。年齢が18歳以上になった時以降も、自動車の使用状況に変更がない場合は、名義変更の必要はありません。

### 【申請場所】

桑名県税事務所 桑名市中央町5丁目71 (TEL 0594-24-3612) 他、各県税事務所

### 【必要書類】

- ①減免申請書
- ②身体障害者手帳または療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の原本
- ③運転する方の免許証のコピー（表裏）
- ④車検証

家族運転の場合	介護者運転の場合
ア. 使用目的の申出書 (納税義務者が自署したもの)	ア. 使用目的の証明書（通院証明書等）
イ. 身体障がい者等の方と運転者の方が同居していることを証する書類	イ. 世帯全員の住民票の写し
ウ. 保護者であることが確認できる書類 (保護者名義とする場合)	ウ. 自動車運行計画書
	エ. 保護者であることが確認できる書類 (保護者名義とする場合)
※イ.の書類は、身体障害者手帳等及び運転免許証で確認できる場合は不要	※ア.の証明書で対象の可否が判断できない場合は、その他の書類が必要
※ウ.の書類は、身体障害者手帳等で確認できる場合は不要	※イ.で他の世帯員がいる場合は、世帯全員の身体障害者手帳等の写し
	※エ.の書類は、身体障害者手帳等で確認できる場合は不要

※軽自動車税については、普通自動車と対象条件が異なりますので、総務部市民税課 (TEL 0594-86-7794) にお問い合わせのうえ申請してください。

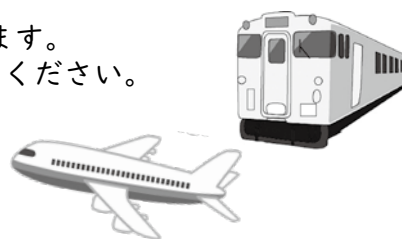
### 3. 運賃等の割引 **身 知 精**

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は、運賃などの割引が受けられます。

#### (1) JR・私鉄

利用区分	種類	割引率	取扱区間
第1種の方が、介護者とともに利用する場合	普通乗車券 回数乗車券 定期乗車券 (小児を除く) 急行券	50% (介護者も同率)	全線
12歳未満の第2種の方の介護者	定期乗車券 (介護者のみ)		
第1種の方及び第2種の方が、1人で利用する場合	普通乗車券	50%	全線 ただし、片道100kmを超える区間に限る

※12歳未満の障がい児は、小児運賃の50%割引となります。  
 ※乗車券等を購入するときに、手帳を販売窓口に提示してください。  
 ※詳しくは各公共交通機関にお問合せください。



#### (2) 航空運賃

##### 【対象者】

- ① 満12歳以上の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方
- ② 障がいの程度にかかわらず介護者1名についても割引の対象となります。

##### 【割引率】

本人・介護者 25%

※詳しくは、航空券購入時等、利用される航空会社へお問い合わせください。

#### (3) 有料道路通行料金割引証

有料道路を利用する場合、料金の割引が受けられます。

##### 【対象者】

- ① 障がい者ご本人が運転される場合  
身体障害者手帳をお持ちの方であれば、どなたでも対象になります。
- ② 障がい者本人以外の方が運転され、障がい者ご本人が同乗される場合  
身体障害者手帳又は療育手帳をお持ちの方のうち、重度の障がい（第1種）をお持ちの方が対象になります。



##### 【所有者要件】（所有者の氏名、個人名義に限る）

- ① 障がい者ご本人が運転される場合  
本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等
- ② 障がい者本人以外の方が運転され、障がい者ご本人が同乗される場合  
本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等（いずれの方もが自動車を所有していないときは、障がい者本人を継続して日常的に介護している方）

### 【割引内容】

通常料金の半額（端数が生じる場合は、10円単位又は50円単位で切り上げ）

### 【割引有効期間】

新規及び変更の申請時においては、申請をした日から、その後の2回目の誕生日まで。  
更新の申請時（割引有効期間の満了日の前2か月間における申請）においては、申請をした日から、その後の3回目の誕生日まで。

### 【申請に必要なもの】

- ① 有料道路障害者割引申請書兼 ETC 利用申請書
- ② 身体障害者手帳または療育手帳
- ③ 運転免許証（障がい者ご本人が運転される場合）
- ④ 自動車検査証
- ⑤ 割賦契約書（ローンで購入した車の場合）

※ ETC ご利用の方は、上記に加え本人名義とわかる ETC カード（障がい者が未成年の場合は親権者又は法定代理人名義）及び ETC 車載器セットアップ申込書・証明書が必要になります。

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 4. NHK 放送受信料の減免 **身** **知** **精**

障がい者のいる家庭の NHK 放送受信料について減免が受けられます。

### 【対象者及び割引内容】

- ① 全額免除  
身体障がい者、知的障がい者又は精神障がい者を構成員に有し、世帯構成員全員が市民税非課税である世帯
- ② 半額免除  
・ 世帯主が視覚障がい者又は聴覚障がい者である世帯  
・ 世帯主が1級・2級の身体障害者手帳をお持ちの世帯  
・ 世帯主がA1・2の療育手帳をお持ちの世帯  
・ 世帯主が1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの世帯



### 【申請に必要なもの】

- ① 放送受信料免除（全額・半額）申請書
- ② 身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の写し
- ③ 印かん
- ④ 前年の所得額が明らかになるもの（必要な方のみ）

【申請窓口・問合せ】 福祉部障がい福祉課 TEL 86-7816 FAX 86-7865

## 5. 体育施設等の使用料免除 **身** **知** **精**

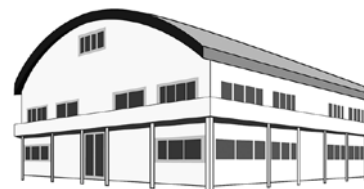
教育委員会が所管する市内の体育施設及び学校施設の使用料の免除が受けられます。

### 【対象者及び割引内容】

- 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）をお持ちの方
- ②障害者手帳をお持ちの方の介助者  
※使用する障がい者1人につき1人が対象となります。
- ③施設を使用する人数の $\frac{1}{2}$ 以上が障害者手帳を所持する団体

### 【申請に必要なもの】

- ①申請書
- ②身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳  
※申込時に全員の障害者手帳の提示が必要です。



【問合せ】 教育委員会生涯学習課 TEL 86-7846 FAX 86-7871

