

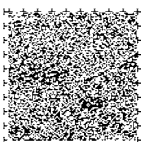
日常生活の支援

■ 在宅での支援

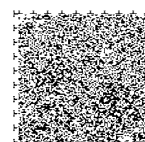
在宅の方向けのサービスです。詳細については区ホームページをご覧ください。



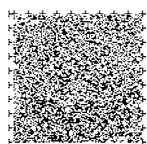
	障 害	対 象 者	助 成 内 容	窓 口
日常生活の支援／在宅での支援	寝具乾燥消毒・ 水洗いクリーニング	身 知 精 ①重度心身障害者手当または特別障害者手当・障害児福祉手当を受けている方 ②60歳以上で要介護4または要介護5の在宅の方 （生活保護受給者は除く）	対象者が使用している寝具を月に1回乾燥消毒します。 また、年2回水洗いクリーニングをします。 ❗ 1割の自己負担があります。	〈対象者①の方〉 ◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874 〈対象者②の方〉 ◆介護保険課相談係 電話 5662-0061 FAX 5663-5172
	福祉理美容サービス	身 知 精 ①重度心身障害者手当または特別障害者手当を受けている方 ②60歳以上で要介護4または要介護5の在宅の方 （生活保護受給者は除く）	対象者が自宅にて理容師または美容師の出張サービスを受けられる福祉理美容券を支給しています。 （上限年間6枚） ❗ 1割の自己負担があります。	❗ 両方の要件を満たす方は、介護保険課相談係へお問い合わせください。
	紙おむつ・防水シーツ支給 おむつ使用料の助成	身 知 下記のいずれかに該当して紙おむつの使用が必要な方 （生活保護受給者および一部の施設入所者は除く） ①3歳以上60歳未満で身体障害者手帳または愛の手帳をお持ちの方 ②60歳以上で新規に申請される方	紙おむつ・防水シーツ支給 申請後に直接委託業者へカタログより注文することで、配送にて現物を支給します。なお、防水シーツも年1回（2枚）支給できます。 ❗ 1割の自己負担があります。 おむつ使用料の助成 区で支給される紙おむつが持ち込めない病院へ入院されている方が、おむつ代を支払った場合に、その使用料の9割分を助成します。 （月額8,100円上限）	〈対象者①の方〉 ◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874 〈対象者②の方〉 ◆介護保険課相談係 電話 5662-0061 FAX 5663-5172 ◆各熟年相談室 ◆各健康サポートセンター （15・16ページ参照）



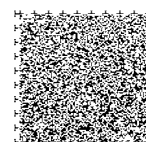
	障 害	対象者	助成内容	窓 口
巡回入浴サービス	身 知	下記のいずれかに該当する常時寝たきりの状態の方またはこれと同程度の方で家庭での入浴が困難な原則 18 歳以上の方。(介護保険に該当する方を除きます。) ①身体障害者手帳 1 級・2 級の方 ②愛の手帳 1 度・2 度の方	巡回入浴車による入浴サービスを最大週 2 回ご利用できます。 日中活動にて入浴サービスをご利用される方は利用回数に制限があります。 ！ 利用者の世帯における所得に応じ、費用の 1 割までを負担していただきます。	◆障害相談第一係・第二係 ☎ 5662-0052 ☎ 5662-0053 FAX 3656-5874
重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業	身 知	医療的ケア(呼吸管理、栄養管理、排泄管理など)を必要とする在宅の重症心身障害児(者)または医療的ケアを必要とする障害児を介護する家族など。 ！ 重症心身障害児(者)とは、18 歳未満で重度の肢体不自由および重度の知的障害が重複している状態になり、現在もその状態にある方です。	区と委託契約を締結した訪問看護ステーションなどの看護師が自宅に出向き、介護者である家族などが行っている医療的ケアなどを一定時間代替します。 ・年間利用時間 144 時間 ・サービス提供単位 1 回あたり 2 時間から 4 時間までの 30 分単位 ！ 利用者の世帯における所得に応じ、費用の 1 割までを負担していただきます。	
重度障害者等就労支援事業	身 知 精	下記のすべてに該当する方。 ①重度訪問介護、同行援護、行動援護のいずれかの支給決定を受けている方 ②民間企業に雇用されている、または自営業を営んでおり就労継続のために本事業の必要性が見込まれる方 ③1 週間の所定就労時間が 10 時間以上の方	重度障害者等の方が就労する場合に通勤の支援や職場での身体介護などの支援を行います。 ・重度訪問介護の方 ：月 160 時間以内 ・同行援護、行動援護の方 ：月 80 時間以内 ！ 利用者の世帯における所得に応じ、費用の 1 割までを負担していただきます。	



	障 害	対象者	助成内容	窓 口
在宅重症心身障害児(者)等訪問事業	身 知	在宅で生活する重症心身障害児(者)および医療的ケア児で、本事業が必要であると認められた方 ❗ <u>重症心身障害児(者)とは、18歳未満で重度の肢体不自由および重度の知的障害が重複している状態になり、現在もその状態にある方です。</u> ❗ <u>医療的ケア児とは、人工呼吸器を装着している障害児、そのほかの日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児をいいます。申請時の年齢は18歳未満の方です。</u>	ご家族が安心してお子様の在宅療養に当たれるよう、原則週1回看護師がご家庭を訪問し、健康管理や看護技術の指導、療育に関する相談などの支援を行います。 必要な場合のみ年1回医師などによる訪問健康診査、療育相談があります。 事業の利用期間は原則1年以内です。 看護・介護の代替や介護者の負担軽減、休養などを目的とした事業提供はしておりません。	◆各健康サポートセンター (15・16ページ参照) ❗ <u>お住まいの地域によって窓口が異なります。</u>
民間緊急通報システム「マモルくん」	身 知	①65歳未満で身体障害者手帳または愛の手帳をお持ちの方 ②65歳以上の方	警備業者と連携し、緊急通報システム(火災感知器などを含む)を設置します。 ❗ <u>利用料金は自己負担となりますが、一定条件を満たす場合には減額制度があります。</u>	〈対象者①の方〉 ◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874 〈対象者②の方〉 ◆介護保険課 ◆各熟年相談室 ◆各健康サポートセンター (15・16ページ参照) 問い合わせ ◆福祉推進課孝行係 電話 5662-0314 FAX 3652-9857
重度脳性まひ者介護事業	身	18歳以上で1人での屋外活動が困難な重度脳性まひ者のうち、身体障害者手帳1級の方 ❗ <u>介護保険に該当する方は介護保険サービスが優先されます。</u>	1か月に12回分の介護券を発行します。(1回は1日を単位とします) ❗ <u>介護者は家族の方に限ります。</u> ❗ <u>短期入所を除く障害福祉サービス、介護保険制度の一部サービスとの併用はできません。</u>	◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874



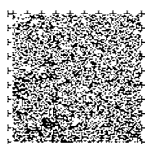
	障 害	対象者	助成内容	窓 口
住まいの改造助成	身	①65 歳未満で身体障害者手帳下肢・体幹機能障害 1 級～3 級以上の方 補装具として車いすの支給を受けた内部障害の方 ②60歳以上で介助を要する方 ！ 以下の点にご注意ください。 ・新築・増改築・リフォームに対する改造費用は対象となりません。 ・日常生活用具(小規模改修などの設備改善43ページ～)の利用が優先となり、必要に応じ、不足する分を助成します。	現在お住まいの家屋で車いすなどを利用して暮らしやすい生活ができるように、段差の解消や手すりの取付けなどの住まいを改造する費用を助成します。(原則 3 か月以上居住している家屋を対象) ・200 万円を限度とし、所得により改造工事費用の 8 割～10 割を助成します。 ・設備改善給付費および介護保険の住宅改修費を控除した額になります。	〈対象者①の方〉 ◆障害相談第一係・第二係 電話 5662-0052 電話 5662-0053 FAX 3656-5874 〈対象者②の方〉 ◆介護保険課給付係 電話 5662-0309 FAX 5663-5172
家具の転倒防止	身 知 精	・障害者の方のみの世帯で、自力で取付けが困難な世帯。(65歳以上の熟年者のみの世帯も取り付けます)	・家具の転倒防止金具(L 字金具など)の取付けを無料で行います。 ！ 室内たんす、食器棚、冷蔵庫など9か所まで	◆福祉推進課住宅係 電話 5662-0517 FAX 3652-9857
民間賃貸住宅家賃等の助成	身 知	下記のいずれかに該当する方がおり、民間賃貸住宅に住み、取壊しなどで転居を求められている世帯 ①身体障害者手帳 1 級～4 級の方または愛の手帳をお持ちの方がいる世帯 ②75歳以上の方のみで構成される世帯または75歳以上の方とその配偶者のみで構成される世帯	民間賃貸住宅に住み、取壊しなどで転居を求められている世帯に転居後と転居前の家賃の差額(上限 2 万円)および礼金などの転居一時金を助成します。 ！ 転居先住宅の契約後の申請は助成対象になりませんので、希望される方は事前に右記担当係にお問い合わせください。 ！ 世帯合計所得が「都営住宅の所得基準」を超えている場合、助成は受けられません。	〈対象者①の方〉 ◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874 〈対象者②の方〉 ◆福祉推進課住宅係 電話 5662-0517 FAX 3652-9857



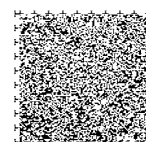
■ 外出時などの支援



	障 害	対象者	助成内容	窓 口
福祉タクシー券の助成	身 知	身体障害者手帳 ・視覚障害 1級・2級 ・下肢・体幹・運動機能障害（移動機能） 1級～3級 ・内部障害 1級（心臓・じん臓・ぼうこうまたは直腸・小腸・免疫・肝臓） ・呼吸器機能障害 1級・3級（外出時に携帯酸素を利用） ・愛の手帳 1度・2度 （燃料費助成のみ対象） ・身体障害 上肢1級・2級で自動車を運転される方	タクシーを利用しなければ移動が困難な方に、区の委託したタクシーに乗車するときに利用できる福祉タクシー券を交付します。（1か月1冊3,000円分） なお、区の委託したタクシーには車いすおよびストレッチャーが乗降できる車両もあります。	◆自立援助係 電話 5662-0062 FAX 3656-5874
		❗ 等級は障害部位の等級で判定します。総合等級ではありません。 ❗ 入院または施設に入所中の方は対象外となります。（一部対象の施設があります） ❗ 福祉タクシー券の助成と自動車燃料費の助成は選択制です。	本人および介護者（原則同居の家族）が日常生活のために自動車を使用している方に、ガソリン代の一部を助成します。（月額3,000円を上限） ❗ 事前に自動車、運転者の登録が必要です。 ❗ 登録できる自動車および所有者、運転者についても要件があります。	
自動車運転教習費の助成	身 知	区内に3か月以上居住し、下記のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳 ・総合等級1級～3級の方 ・下肢および体幹機能障害4級・5級の歩行困難な方（医師の意見書が必要） ・内部障害4級の歩行困難な方（医師の意見書が必要） ②愛の手帳1度～4度	教習所卒業後、免許証を取得した方は四輪自動車運転教習所入所料、技能教習料、学科教習料、教材費に相当する費用の一部（実支出額の2/3で上限20万円まで）を助成します。 ❗ 障害者本人の前年の所得税額が40万円以下の方に限ります。 ❗ 教習所卒業後の申請はできませんので、希望される方は事前に上記窓口にご相談ください。	



	障 害	対象者	助成内容	窓 口
自動車改造費の助成	身	区内在住で就労などに伴い自ら運転する自動車を取得するときに改造を要し、かつ下記のいずれかに該当する方 身体障害者手帳 総合等級1級および2級で 上肢または下肢または体幹機能障害の方 ❗ 障害者本人および扶養義務者などへの所得制限があります。 ❗ 過去5年以内に改造費助成を受けていない方が対象です。	助成対象である操向装置および駆動装置に対する改造費用の一部（実支出額の2／3で上限25万円まで）を助成します。 ❗ 助成対象箇所以外の改造費用については助成することができません。 ❗ 改造後の申請はできませんので、希望される方は事前に自立援助係にご相談ください。	◆自立援助係 ☎ 5662-0062 FAX 3656-5874
福祉有償運送	身 知 精	1人では公共交通機関やタクシーの利用が困難な区内在住の障害のある方、要介護・要支援認定を受けている方	国土交通省による福祉有償運送の登録を受けた区内の法人が、リフト付き車両などにより、有償にて送迎を行います。 ❗ なお、利用の際には事前に会員登録が必要です。	◆ハンディキャブ 江戸川区民の会 ☎ 5667-3321 FAX 5667-3323 ◆共慈会 ☎ 3686-4477 FAX 3686-4604
車いす移送自動車の貸出し	身	車いすを使用している方	介添えの方と共に外出できる自動車です。 軽自動車（車いす1台と2・3人乗車可）が2台あります。 利用料金は無料で、燃料費は自己負担です。	◆社会福祉協議会 ☎ 5662-5557 FAX 3654-2940



車いすの貸出し



◆ 問い合わせ先は下記をご覧ください。

内容

疾病、けがなどにより一時的に車いすが必要になった方が通院、通学、各種行事の参加、旅行、散歩などに利用するときに車いすを無料で貸出します。在庫状況をお問い合わせのうえお越してください。

❗ 原則、貸出し最長期間を超えての延長・更新はできません。長期的に車いすが必要な場合は障害者総合支援法による補装具費の支給または介護保険サービス・労災保険をご利用ください。

対象と貸出窓口

疾病、けがなどにより一時的に車いすが必要になった江戸川区民、またはそのご家族などの方

貸出窓口	貸出期間	申請に必要なもの
障害者相談第一係・第二係 電話 5662-0052 FAX 3656-5874 電話 5662-0053	最長3か月	氏名・江戸川区に住んでいることが確認できるもの
各健康サポートセンター （15・16ページ参照）	最長1週間	氏名・江戸川区に住んでいることが確認できるもの
社会福祉協議会 電話 5662-5557	最長1か月	氏名・江戸川区に住んでいることが確認できるもの
中央 熟年相談室 江戸川区医師会 電話 5607-5591	最長3か月	氏名・江戸川区に住んでいることが確認できるもの
南小岩 熟年相談室 小岩ホーム 電話 5694-0111	最長1週間	なし

補助犬の給付



◆ 自立援助係（電話：5662-0062／FAX：3656-5874）

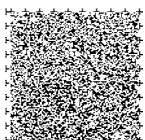
内容

盲導犬（アイメイト）・聴導犬・介助犬を給付します。

対象

身体障害者手帳の等級が下記のいずれかに該当し、都内に1年以上住んでいる18歳以上の方
 ・視覚障害1級（盲導犬） ・聴覚障害2級（聴導犬） ・肢体不自由1級および2級（介助犬）

- ❗ 世帯全員にかかる前年の所得税合計額の月平均が7万7千円未満の方に限ります。
- ❗ 自己所有以外の家屋居住者については、所有者・管理者の承諾が必要となります。
- ❗ 対象者への給付事前訓練のための費用、給付後の経費は、自己負担になります。
- ❗ 東京都の審査会で給付候補者などが決定します。詳しくはお問い合わせください。



駐車禁止規制の適用除外

身 知 精



◆小松川警察署(電話：3674-0110) ◆小岩警察署(電話：3671-0110)
◆葛西警察署(電話：3687-0110)

<制度の問い合わせ先>

警視庁駐車対策課 (電話：3581-4321 内線 7870-5186)

※申請手続きは、各警察署に問い合わせてください。

内容・対象

駐車禁止等除外標章の交付を受けた身体障害者など本人が、現に使用中の車両で、標章を掲出した場合に公安委員会による駐車禁止規制からの除外対象となります。

なお、駐停車禁止、法定駐車禁止場所および駐車方法違反は取締りの対象になります。

❗ 公安委員会による駐車禁止規制から除外される場所が、都道府県によって異なる場合がありますので、東京都以外において標章を使用する場合は、所管の警察署にご確認ください。

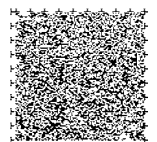
日常生活の支援／外出時などの支援

手帳の種別	障害の区分		障害の級別	
身体障害者 手帳	視 覚 障 害		1 級～3 級までの各級または4 級の 1	
	聴 覚 障 害		2 級または3 級	
	平 衡 機 能 障 害		3 級	
	肢体 不自由	上 肢 機 能 障 害		1 級、2 級の1または2 級の2
		下 肢 機 能 障 害		1 級～4 級までの各級
		体 幹 機 能 障 害		1 級～3 級までの各級
		運動機能 障害	上肢機能	1 級または2 級 (一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く。)
			移動機能	1 級～4 級までの各級
	心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこうまたは 直腸、小腸機能障害		1 級または3 級	
	免 疫 機 能 障 害		1 級～3 級までの各級	
肝 臓 機 能 障 害		1 級～3 級までの各級		
戦傷病者手帳	上肢、下肢機能障害、心臓、じん臓、呼吸器 ぼうこうまたは直腸 小腸機能障害、肝臓機能障害		特別項症～第3 項症までの各項症	
	視覚、聴覚、平衡、体幹機能障害		特別項症～第4 項症までの各項症	
愛の手帳 (療育手帳)	1度または2度			
精神障害者 保健福祉手帳	1 級			
小児慢性特定 疾病医療受給者証	(色素性乾皮症の認定を受けている方)			

❗ 肢体不自由の欄の上肢機能障害「1級、2級の1または2級の2」に該当する方とは、両上肢に著しい障害のある方です。

❗ 左右いずれかの上肢のみに障害のある方は対象とはなりません。

❗ 身体障害者手帳をお持ちの方で、再認定期月を指定されている方は再認定診査を受けてください。



■ そのほかの支援

補装具費の支給

身 難



◆障害相談第一係・第二係(電話：5662-0052・5662-0053 / FAX：3656-5874)

内 容

身体に障害のある方や難病の方の損なわれた身体機能を補い、日常生活や社会活動を容易にするための補装具購入費と修理費を支給します。

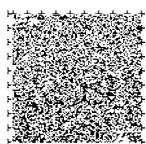
対象となる種目

障害部位	身体障害者手帳上の障害名	種 目
視覚障害		視覚障害者用安全つえ、義眼、弱視眼鏡、遮光眼鏡
	視力障害	矯正眼鏡、コンタクトレンズ
聴覚障害		補聴器
肢体不自由	上肢、手指の切断または欠損	義手
	下肢の切断または欠損	義足
	上肢機能障害	上肢装具
	下肢機能障害、体幹機能障害 または移動機能障害	下肢装具、靴型装具、歩行器、歩行補助つえ、 車いす、姿勢保持装置
	体幹機能障害または移動機能障害	体幹装具
	重度の両上下肢機能障害および 音声・言語機能障害	重度障害者用意思伝達装置
内部障害(歩行に著しい制限のある方)		車いす
肢体不自由児(18歳未満)		座位保持椅子、起立保持具、頭部保持具、排便補助具
難病		装具、車いす、歩行器、歩行補助つえ 重度障害者用意思伝達装置 など

対象になる方

- ①身体障害者手帳の交付を受けた方で、障害の部位について必要と認められた方
- ②障害者総合支援法第4条第1項に規定する特殊の疾病に該当する方で、必要と認められた方

対象にならない方



- ①介護保険、健康保険、労災保険の制度により、補装具の支給などが受けられる方
- ②治療の手段として一時的に使われる治療用装具の作成を希望する方
- ③18歳以上の障害者で本人または配偶者のうち、住民税(区民税)所得割額が46万円以上の方がいる場合

利用者負担

利用者負担額表

世帯区分	利用者負担額
生活保護世帯	基準額の負担なし
住民税非課税世帯	基準額の負担なし
住民税課税世帯で所得割額が46万円以上の方がいる世帯 (利用者が18歳未満の障害児)	基準額の1割負担 ※月額37,200円の負担上限額あり
住民税課税世帯で所得割額が46万円以上の方がいる世帯 (利用者が18歳以上の障害者)	制度対象外

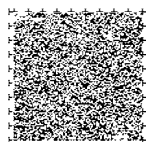
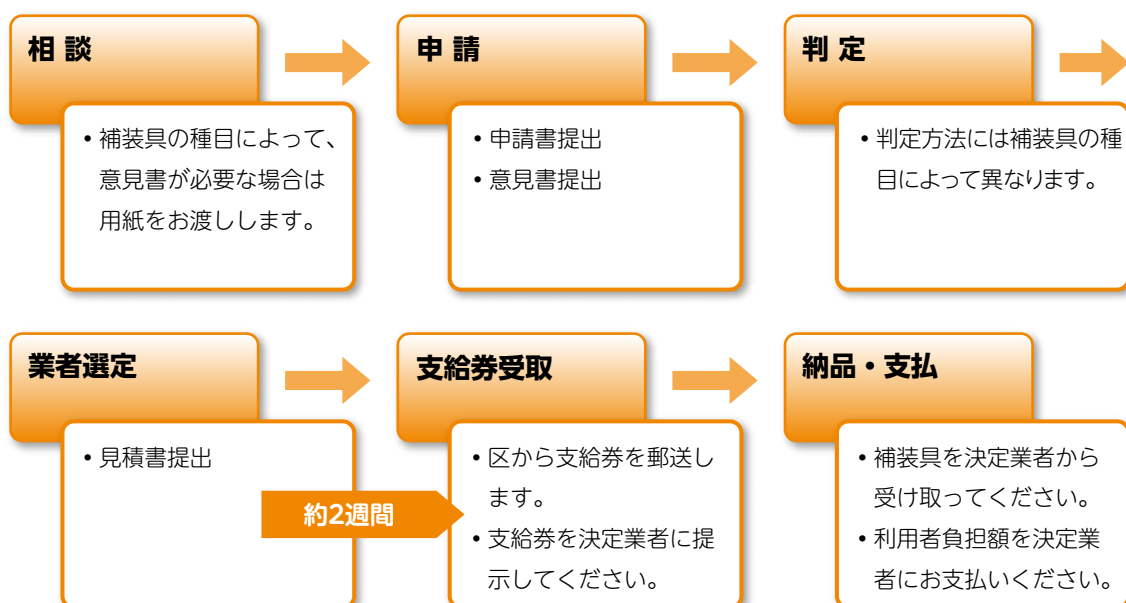
- ❗ **18歳以下の扶養親族がいる場合は住民税(区民税)所得割額を再算定したうえで支給の可否を判定しますので、担当係にお問い合わせください。**
- ❗ **本人の希望したデザイン・素材などにより、基準額(上限額)を超える場合の差額分は、自己負担となります。**

利用者負担額を判断する世帯の範囲

種別	世帯の範囲
18歳以上の障害者	障害のある方とその配偶者
18歳未満の障害児	保護者の属する世帯員全員

申請から支給までの流れ

- ❗ **事前に申請が必要です。**



児童の補聴器購入費助成(中等度難聴児発達支援事業)



◆障害相談第一係・第二係(電話:5662-0052・5662-0053/FAX:3656-5874)

内容

身体障害者手帳の交付対象とならない中等度難聴児に、補聴器の購入費用の一部を助成します。補聴器の装用により言語の習得や生活能力、コミュニケーション能力などの向上を促進し、難聴児の健全な発達を支援します。

対象になる方

- ①～③のすべてに該当する児童
 - ①区内在住の18歳未満の児童
 - ②両耳の聴力レベルが概ね30 dB以上であり、身体障害者手帳(聴覚障害)交付の対象となる聴力ではないこと
 - ③補聴器の装用により、言語の習得など一定の効果が期待できると医師の判断を受けた方

対象にならない方

身体障害者手帳(聴覚障害)に該当する場合

基準額(上限額)

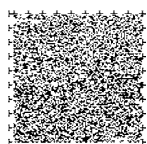
144,900円(補聴器1台あたり 原則として装用効果の高い片耳)



修理費・付属品に係る費用は対象外です。

助成内容

世帯区分	助成額
生活保護世帯	基準額と補聴器の購入費用を比較して少ない額の10割
住民税非課税世帯	基準額と補聴器の購入費用を比較して少ない額の10割
住民税課税世帯	基準額と補聴器の購入費用を比較して少ない額の9割



在宅人工呼吸器使用者自家発電装置等給付事業



- ◆障害者福祉課医療給付係(電話 5662-1414)
- ◆各健康サポートセンター(15・16ページ参照)

内容

災害時などにおける停電により、生命の危機に直結する恐れのある在宅人工呼吸器使用者の方に対し、停電時における電力の確保を図るため自家発電装置等を給付します。

対象になる方

江戸川区在住で以下の全てに該当する方

- ①在宅人工呼吸器使用者で災害時個別支援計画を作成しており、自家発電装置を準備する必要があることの記載がある方
- ②ほかの公的制度による自家発電装置等の給付などを受けることができない方

！ 指定難病患者および小児慢性特定疾病児童の一部の方は、東京都在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備事業の対象となりますので、主治医にご相談ください。

！ 新たに在宅で人工呼吸器を使用開始する方については、計画作成が後日でも申請可能な場合がありますのでご相談ください。

！ 自家発電装置、蓄電池いずれかを申請日現在所持している場合は給付対象となりません。

給付物品(どちらか一つのみ給付)

①自家発電装置(カセットボンベ式限定)

！ 原則として外付けバッテリーの充電を目的とするものです。ただし、人工呼吸器の製造販売業者により人工呼吸器の駆動のための電源として使用が認められているものについては、この限りではありません。

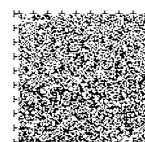
！ 燃料(カセットボンベ)およびエンジンオイル、自家発電装置等の修理などに関する費用については、給付の対象となりません。

②蓄電池

！ 給付対象となる蓄電池は、容易に使用及び運搬が可能な蓄電機能を有する正弦波交流出力の電源装置で、定格出力が300W以上のもの、または、停電時等における安全確保のための人工呼吸器専用の外付けバッテリー(診療報酬に含まれる療養上必要なバッテリーは除く)です。

費用負担

- ①自家発電装置 実費額または212,000円のいずれか少ない額を費用負担します。
- ②蓄電池 実費額または104,000円のいずれか少ない額を費用負担します。



日常生活用具の給付

身 知 難



◆障害相談第一係・第二係(電話：5662-0052・5662-0053 / FAX：3656-5874)

内 容

在宅の心身障害者(児)または難病の方に、日常生活を容易にするための日常生活用具を給付します。

対象になる方

下記のいずれかに該当する在宅の方

- ①身体障害者手帳の交付を受けた方で、障害の部位について必要と認められた方
- ②愛の手帳の交付を受けた方で、必要と認められた方
- ③障害者総合支援法第4条第1項に規定する特殊の疾病に該当する方で、必要と認められた方
- ④一時的なストーマ造設のため身体障害者手帳交付の該当とならない方(ストーマ装具のみ給付対象)

対象にならない方

- ①介護保険に該当する方で、介護保険制度対象となる福祉用具が必要な方
- ②18歳以上の障害者で本人または配偶者のうち、住民税(区民税)所得割額が46万円以上の方がいる場合。
- ③施設入所中および入院中の方(一部用具をのぞく)

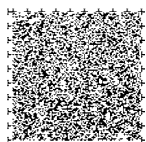
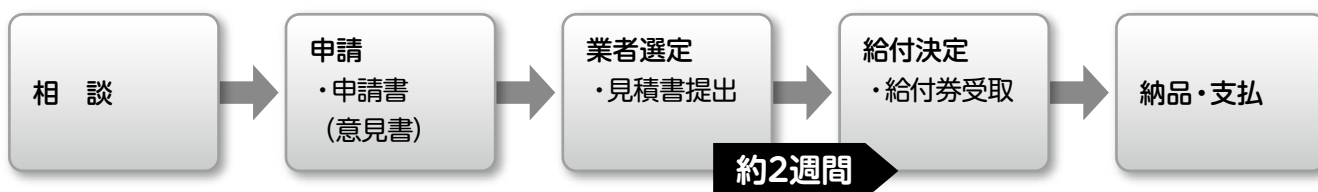
! 小児慢性疾患に該当する方で身体障害者手帳をお持ちでない方は、小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業をご利用ください(問い合わせ先は61 ページ難病等医療費助成を参照)。

利用者負担

「補装具費受給制度」に準ずる(37 ページ参照)

申請から給付までの流れ

! 事前に申請が必要です。

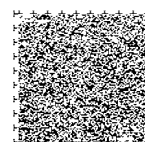


日常生活用具一覧

●…介護保険制度が優先 ◇…施設入所者も申請可能

視覚障害

種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
視覚障害者用 活字文書読上げ装置		6	6歳以上 (原則)	視覚1級・2級	
点字タイプライター		5	—	視覚1級・2級	就学・就労・就労見込みの方
音声式体温計		5	6歳以上 (原則)	視覚1級・2級	視覚障害者のみの世帯またはそれに 準ずる世帯
音声式血圧計		5	18歳以上	視覚1級・2級	視覚障害者のみの世帯またはそれに 準ずる世帯 ！ 血圧計は医師の意見書必要
視覚障害者用体重計		5			
電磁調理器		6			
視覚障害者用読書器		8	6歳以上 (原則)	視覚障害	装置により読み取ることが可能な方
音響案内装置		10	6歳以上 (原則)	視覚1級・2級	
点字ディスプレイ		6	18歳以上 (原則)	視覚1級・2級	点字を習得している方
視覚障害者用 ポータブルレコーダー		6	6歳以上 (原則)	視覚1級・2級	
時計（触読式・音声式）		5	18歳以上	視覚1級・2級	音声式は触読式の使用が困難な方
点字器	(標準型) ◇	7	6歳以上	視覚障害	主に情報の入手を点字によっている方
	(携帯用) ◇	5			
情報・通信支援用具 (視覚障害者用ソフト)		6	6歳以上	視覚1級・2級	パソコンを所持している方
大活字図書		1	6歳以上	視覚障害	大活字による文字が読める方
点字図書			6歳以上	視覚障害	主に情報を点字によって入手している方 年間6タイトルまたは24巻まで

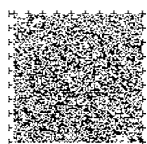


聴覚障害・音声、そしゃく機能障害

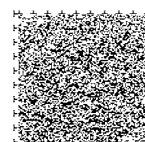
種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
屋内信号装置		10	18歳以上	聴覚 2 級	聴覚障害者のみの世帯またはそれに準ずる世帯
聴覚障害者用通信装置 (FAX・テレビ電話)		5	6 歳以上 (原則)	聴覚障害または 音声・言語機能障害	
フラッシュベル		10	6 歳以上 (原則)	聴覚 3 級以上または 音声・言語 3 級	
聴覚障害者用情報受信装置 (文字放送デコーダー)		6	—	聴覚障害	テレビの視聴に必要な方
会議用拡聴器		6	—	聴覚 4 級以上	原則として就労している方
携帯用信号装置		6	6 歳以上 (原則)	聴覚 3 級以上 または音声・言語 3 級	
携帯用会話補助装置 ◇		5	6 歳以上 (原則)	音声・言語機能障害	
ガス安全システム (都市ガス・LPガス)		8	18歳以上	臭覚喪失(喉頭摘出 などによる)	臭覚喪失者のみの世帯またはそれに準ずる世帯
人工 喉頭	(笛式) ◇	4	—	音声言語機能を喪失	○気管切開や舌癌で舌を切除した 方も可 ○人工鼻はヴォイスプロテーゼを 留置している方の、保険適用以外 の付属品に限る
	(電動式) ◇	5			
	(人工鼻) ◇				
火災警報器		8	—	聴覚 2 級	火災発生感知および避難が著しく 困難な世帯またはそれに準ずる 世帯
自動消火装置		8			
ネブライザー (吸入器)		5	6 歳以上 (原則)	音声 3 級 そしゃく 3 級	❗ 医師の意見書必要
電気式たん吸引器		5			
動脈血中酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		5			

肢体不自由 (下肢機能障害に移動機能障害を含む)

種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
つえ ◇		3	—	下肢または体幹機能障害	つえの使用により歩行可能な方
浴槽 ●		8	6 歳以上 (原則)	下肢または体幹 1 級・2 級	
湯沸器		8	6 歳以上 (原則)	下肢または体幹 1 級・2 級	



種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
浴槽・湯沸器(同時給付) ●		8	6歳以上	下肢または体幹1級・2級	
入浴担架(洋式・和式)		5	3歳以上(原則)	下肢または体幹1級・2級	入浴に介助が必要な方
入浴補助用具 ●		8	3歳以上(原則)	下肢または体幹機能障害	入浴に介助が必要な方
便器 ●		8	6歳以上(原則)	下肢または体幹1級・2級	
温水洗浄便座		8	6歳以上(原則)	上肢1級・2級	
紙おむつ			3歳以上(原則)	手帳所持	脳性麻痺など脳原性運動 機能障害 二分脊椎による排尿・排便 機能障害
特殊寝台 ●		8	6歳以上(原則)	下肢または体幹1級・2級	
特殊マット (エアーマット含む) ●		5	3歳～17歳(原則)	下肢または体幹1級・2級	常時介護が必要な方 ❗ エアーマットは医師の意見書必要
			18歳以上	下肢または体幹1級	❗ エアーマットは、じよくそうのある方 または、できやすい状態の方
訓練いす		5	3歳～17歳(原則)	下肢または体幹1級・2級	
移動用リフト ●		4	3歳以上(原則)	下肢または体幹1級・2級	
体位変換器 ●		5	6歳以上(原則)	下肢または体幹1級・2級	更衣などに介護が必要な方
特殊尿器 ●		5	6歳以上(原則)	下肢または体幹1級	常時介護が必要な方
歩行支援用具 ●		8	3歳以上(原則)	下肢または体幹・平衡機能障害	移動に介助が必要な方
カーシート		3	18歳以上	下肢または体幹1級・2級	自力で座位保持ができない方
電磁調理器		6	18歳以上	上肢1級・2級、下肢または 体幹1級	障害者のみの世帯または それに準ずる世帯
携帯用会話補助装置 ◇		5	6歳以上(原則)	肢体不自由	音声・言語に著しい障害を有する方
情報・通信支援用具 (周辺機器・意思伝達ソフト)		6	6歳以上	上肢1級・2級	パソコンを所持している方
ガス安全システム (都市ガス・LPガス)		8	18歳以上	下肢または体幹1級	障害者のみの世帯または それに準ずる世帯
ネブライザー(吸入器)		5	6歳以上 (原則)	体幹1級・2級 両上下肢1級・2級 (四肢麻痺)	❗ 医師の意見書必要
電気式たん吸引器		5			
動脈血中酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		5			
設備 改善	小規模住宅改修 ●		6歳以上 (原則)	下肢または体幹3級以上	
	中規模住宅改修 ●			下肢または体幹1級・2級	
	屋内移動設備 ●			上肢・下肢または体幹機能障 害を有し、障害の程度が1級	歩行ができな い状態の方

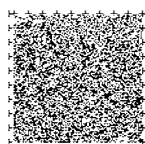


内部障害

種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
つえ	◇	3	—	内部障害	つえの使用により歩行が可能な方
ネブライザー（吸入器）		5	6歳以上 （原則）	呼吸器3級以上または同程度の方 ※同程度の方（呼吸器4級・ぼうこう直腸機能障害を除く内部障害1級～3級）	！呼吸器4級・内部障害1級～3級の方は医師の意見書必要
電気式たん吸引器		5			
動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		5			
透析液加温器		5	3歳以上 （原則）	CAPD（自己連続携行式腹膜透析）が必要	！CAPDの医師意見書必要（手帳申請時の意見書併用可）
酸素ボンベ運搬車		10	おおむね18歳以上	呼吸器1級・3級	在宅酸素療法を受けている方
空気清浄器		6	18歳以上	呼吸器1級・3級	
設備改善	小規模住宅改修 ●		6歳以上 （原則）	内部障害	補装具として車いすの交付を受けている方
	中規模住宅改修 ●				
	屋内移動設備 ●				

ぼうこう・直腸・小腸機能障害

種 目		耐用 年数	対象者		
			年 齢	手帳要件	身体要件など
ストーマ装具	消化器 ◇ 洗腸用具 ◇ 泌尿器 ◇		—	直腸機能障害※ ぼうこう機能障害※	ストーマ造設者
紙おむつ			3歳以上 （原則）	手帳所持	脳性麻痺など脳原性運動機能障害の方 二分脊椎による排尿・排便機能障害の方



！ 一時的なストーマ造設のため、身体障害者手帳の交付を受けていない方は医師の意見書必要。

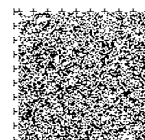
身体障害者手帳所持

種 目	耐用年数	対象者		
		年 齢	手帳要件	身体要件など
頭部保護帽 ◇	3	—	手帳所持	てんかんの発作や自傷行為により頭部を強打するおそれのある方
火災警報器	8	—	1 級・2 級	火災発生感知および避難が著しく困難な障害者のみの世帯またはそれに準ずる世帯
自動消火装置	8			
エアコンディショナー	6	18歳以上	手帳所持	体温調節機能喪失の方 ！ 医師の意見書必要
収尿器男子用 ◇	1	—	手帳所持	脊髄損傷などによる排尿障害の方
収尿器女子用 ◇	1			

日常生活の支援／そのほかの支援

知的障害 愛の手帳(療育手帳)所持

種 目	耐用年数	対象者		
		年 齢	手帳要件	身体要件など
温水洗浄便座	8	6 歳以上 (原則)	1 度・2 度	自ら排便の処理が困難な方
特殊マット (エアーマット含む) ●	5	3 歳以上 (原則)	1 度・2 度	常時介護が必要な方 ！ エアーマットは医師の意見書必要 ！ エアーマットは、じよくそうのある方、またはしやすい状態の方
頭部保護帽 ◇	3	—	手帳所持	てんかんの発作や自傷行為により頭部を強打するおそれのある方
火災警報器	8	—	1 度・2 度	火災発生感知および避難が著しく困難な障害者のみの世帯またはそれに準ずる世帯
自動消火装置	8			
電磁調理器	6	18歳以上	1 度・2 度	障害者のみの世帯または準ずる世帯



難 病

種 目	耐用 年数	対象者
		身体要件など
つえ	3	つえの使用により歩行が可能な方
特殊寝台 ●	8	寝たきりの状態にある方
特殊マット (エアーマット含む) ●	5	寝たきりの状態にある方 ！ エアーマットは寝たきりでじょくそうのある方、またはできやすい状態にある方
移動用リフト ●	4	下肢または体幹機能に障害がある方
体位変換器 ●	5	寝たきりの状態にある方、更衣などに介護が必要な方
特殊尿器 ●	5	自力で排尿ができない方、常時介護が必要な方
歩行支援用具 ●	8	下肢機能に障害がある方、移動に介助が必要な方
入浴補助用具 ●	8	入浴に介助が必要な方
便器 ●	8	常時介護を要する方
温水洗浄便座	8	上肢機能に障害がある方
ネブライザー(吸入器)	5	呼吸器機能に障害がある方
電気式たん吸引器	5	
動脈血中酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)	5	特に必要と認められる方
自動消火装置	8	火災発生感知および避難が著しく困難な障害者のみの世帯またはそれに準ずる世帯
小規模住宅改修 ●		下肢または体幹機能に障害がある方

！ つえ、小規模改修以外は医師の意見書必要。

