

# 令和 7(2025)年度 障がい者福祉ガイド



## 上 三 川 町

健康福祉課 障がい福祉係

電 話:56-9128 FAX:56-6868

# 目 次

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 障がい者の利用できる制度（参照一覧表） .....          | 1  |
| マイナンバー制度に伴う各種手続について .....          | 2  |
| <b>1 手帳の交付</b>                     |    |
| (1) 身体障害者手帳 .....                  | 3  |
| (2) 療育手帳 .....                     | 4  |
| (3) 精神障害者保健福祉手帳 .....              | 5  |
| <b>2 障害福祉サービス等</b>                 |    |
| (1) 対象者 .....                      | 6  |
| (2) サービスの種類 .....                  | 7  |
| (3) 計画相談支援について .....               | 10 |
| (4) サービスの利用とサービス等利用計画の作成の手続き ..... | 11 |
| (5) サービスの利用者負担 .....               | 12 |
| (6) 上三川ふれあいの家ひまわり .....            | 13 |
| (7) 上三川町こども発達支援センターおひさまの家 .....    | 14 |
| <b>3 地域生活支援事業</b>                  |    |
| (1) 相談支援事業 .....                   | 15 |
| (2) コミュニケーション支援事業 .....            | 16 |
| (3) 日常生活用具給付事業 .....               | 18 |
| (4) 移動支援事業 .....                   | 25 |
| (5) 日中一時支援事業 .....                 | 27 |
| (6) 地域活動支援センター事業 .....             | 29 |
| (7) 自動車改造助成事業 .....                | 30 |
| (8) 自動車運転免許取得助成事業 .....            | 31 |
| (9) タクシー料金助成事業 .....               | 32 |

#### 4 日常生活の援助

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| (1) 補装具費の支給 .....                        | 33 |
| (2) 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業 .....           | 34 |
| (3) 安否確認・緊急通報システムの貸与 .....               | 35 |
| (4) 災害時要援護者届出制度（通称：災害時地域たすけあい届出制度） ..... | 36 |
| (5) 車いすの貸出 .....                         | 37 |
| (6) 福祉車両の貸出 .....                        | 37 |
| (7) 生活福祉資金の貸付 .....                      | 38 |
| (8) 成年後見サポートセンター .....                   | 39 |
| (9) 日常生活自立支援事業「あすてらす」 .....              | 39 |

#### 5 医療費の助成

|                          |    |
|--------------------------|----|
| (1) 重度心身障害者医療費の助成 .....  | 40 |
| (2) 自立支援医療（更生医療） .....   | 41 |
| (3) 自立支援医療（育成医療） .....   | 43 |
| (4) 自立支援医療（精神通院医療） ..... | 44 |
| (5) 後期高齢者医療制度への移行 .....  | 46 |

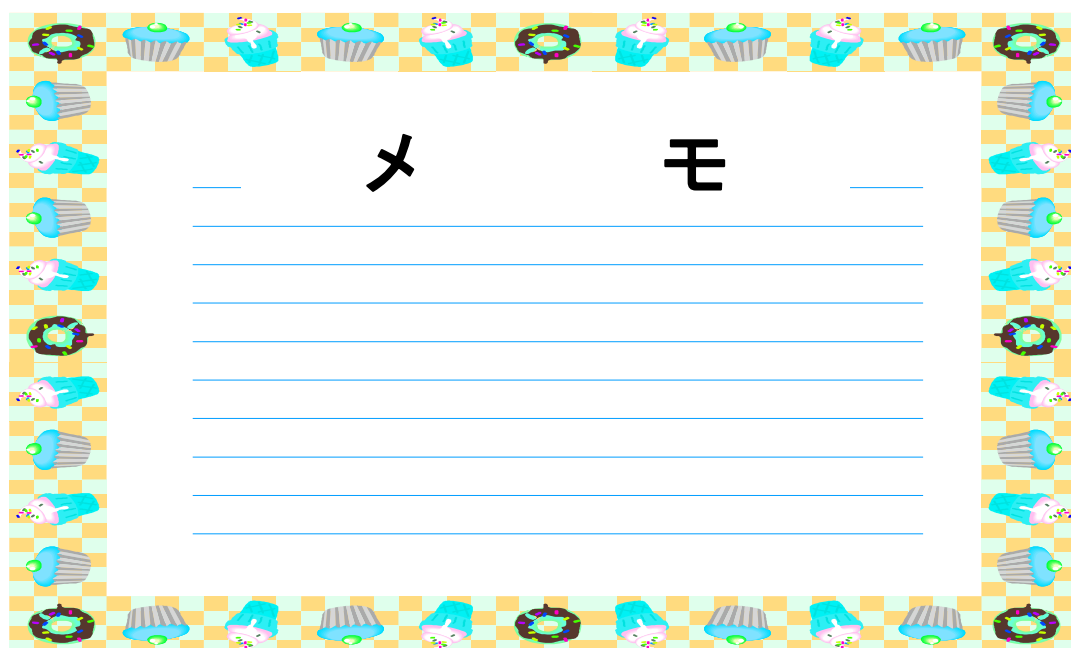
#### 6 年金・手当

|                           |    |
|---------------------------|----|
| (1) 障害基礎年金（国民年金加入者） ..... | 47 |
| (2) 障害厚生年金（厚生年金加入者） ..... | 47 |
| (3) 特別障害者手当 .....         | 48 |
| (4) 特別児童扶養手当 .....        | 49 |
| (5) 障害児福祉手当 .....         | 50 |
| (6) 児童扶養手当 .....          | 51 |
| (7) 心身障害者扶養共済制度 .....     | 52 |
| (8) 難病患者等福祉手当 .....       | 53 |

#### 7 社会参加の促進

|                          |    |
|--------------------------|----|
| (1) 障がい者のための生活訓練事業 ..... | 54 |
|--------------------------|----|

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| (2) 障害者社会参加推進センター .....        | 5 5        |
| (3) 高齢運転者等専用駐車区間制度 .....       | 5 5        |
| (4) 駐車禁止場所での駐車 .....           | 5 6        |
| (5) おもいやり駐車スペースつぎつぎ事業 .....    | 5 7        |
| (6) 郵便等による不在者投票 .....          | 5 8        |
| (7) 上三川町施設使用料等の免除 .....        | 5 9        |
| (8) 県立施設使用料等の免除 .....          | 6 0        |
| <b>8 就学について .....</b>          | <b>6 1</b> |
| <b>9 ヘルプマーク・ヘルプカード .....</b>   | <b>6 2</b> |
| <b>10 サポートファイル「手のひら」 .....</b> | <b>6 2</b> |
| <b>11 税金・公共料金の減免等</b>          |            |
| (1) 税金の減免 .....                | 6 3        |
| (2) N H K 受信料の減免 .....         | 6 5        |
| (3) 有料道路通行料の割引 .....           | 6 6        |
| (4) 公共交通機関等の運賃割引 .....         | 6 7        |
| <b>12 スポーツの祭典</b>              |            |
| (1) 栃木県障害者スポーツ大会 .....         | 6 8        |
| (2) その他のスポーツ .....             | 6 8        |
| <b>13 相談窓口 .....</b>           | <b>7 0</b> |





障がい者の利用できる制度(参照一覧表)

| 等 級<br>制 度                      |                                    | 掲載<br>ペー<br>ジ | 身 体 障 が い 者                         |   |   |   |   |   | 知的障がい者 |    |    |    | 精神障がい者 |   |   | 難病<br>患者 |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|--------|----|----|----|--------|---|---|----------|
|                                 |                                    |               | 1                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | A1     | A2 | B1 | B2 | 1      | 2 | 3 |          |
| 障害福祉サービス                        |                                    | 6             | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
| 地域生活支援事業                        | 相談支援事業                             | 15            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
|                                 | コミュニケーション支援事業                      | 16            | 手話通訳が必要な聴覚障がい者                      |   |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 日常生活用具給付事業                         | 18            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲      | ▲  |    |    | ▲      | ▲ | ▲ | ▲        |
|                                 | 移動支援事業                             | 25            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● |          |
|                                 | 日中一時支援事業                           | 27            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● |          |
|                                 | 地域活動支援センター事業                       | 29            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● |          |
|                                 | 自動車改造助成事業                          | 30            | ▲                                   | ▲ |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 自動車運転免許取得助成事業                      | 31            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | タクシー料金助成事業                         | 32            | ●                                   | ● |   |   |   |   | ●      | ●  |    |    | ●      |   |   |          |
| 日常生活<br>の援助                     | 補装具費の支給                            | 33            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |        |    |    |    |        |   |   | ▲        |
|                                 | 災害時要援護者届出制度<br>(通称:災害時地域たすけあい届出制度) | 36            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
|                                 | 車いす・福祉車両の貸出                        | 37            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
| 医療<br>の<br>助<br>成<br>費          | 重度心身障害者医療費の助成                      | 40            | ●                                   | ● |   |   |   |   | ●      | ▲  |    |    | ●      |   |   |          |
|                                 | 自立支援医療<br>(更生医療・育成医療・精神通院医療)       | 41            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● |        |    |    |    | ●      | ● | ● |          |
| 手<br>当                          | 特別障害者手当                            | 48            | 1級、2級、A1などの障がい重複する方など               |   |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 特別児童扶養手当(手当額1級)                    | 49            | ●                                   | ● | ▲ |   |   |   | ●      | ●  |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 特別児童扶養手当(手当額2級)                    | 49            |                                     |   | ● | ▲ |   |   |        |    | ●  |    |        |   |   |          |
|                                 | 障害児福祉手当                            | 50            | ▲                                   | ▲ |   |   |   |   | ●      |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 心身障害者扶養共済制度                        | 52            | ●                                   | ● | ● |   |   |   | ●      | ●  | ●  | ●  | ▲      | ▲ | ▲ |          |
|                                 | 難病患者等福祉手当                          | 53            | 特定医療費(指定難病)受給者証又は小児慢性特定疾病医療費受給者証所持者 |   |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
| 税金・<br>公共料<br>金の<br>減<br>免<br>等 | 高齢運転者等専用場所での駐車・停車                  | 55            | 一部の聴覚障がい者・肢体不自由者                    |   |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 駐車禁止除外指定車標章の交付                     | 56            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ |   |   | ▲      | ▲  |    |    | ▲      |   |   |          |
|                                 | おもいやり駐車スペース                        | 57            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ●      | ●  |    |    | ●      |   |   | ●        |
|                                 | 県立施設使用料等の免除                        | 60            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
|                                 | ヘルプマーク・ヘルプカード、サポートファイル「手のひら」       | 62            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● | ●        |
|                                 | 税金の減免                              | 63            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ●      | ●  | ●  | ●  | ●      | ● | ● |          |
|                                 | NHK受信料の減免(全額)                      | 65            | 世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合                 |   |   |   |   |   |        |    |    |    |        |   |   |          |
|                                 | NHK受信料の減免(半額)                      | 65            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲      | ▲  |    |    | ▲      |   |   |          |
|                                 | 有料道路通行料の割引                         | 66            | ●                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ▲      | ▲  |    |    |        |   |   |          |
|                                 | 運賃(JR等)の割引                         | 67            | ▲                                   | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ●      | ●  | ▲  | ▲  | ▲      | ▲ | ▲ |          |

▲条件付

※ 所得制限、障がい種別等により、利用できない制度があります。

詳しくは、掲載ページをご覧ください。

## マイナンバー制度に伴う各種手続きについて

社会保障・税番号制度（マイナンバー制度）の開始に伴い、障がい者福祉に関する各種手続きでは、申請書に個人番号（マイナンバー）の記載が必要です。個人番号が必要な事業の主なものは下記のとおりとなります。

また、申請受付窓口では、個人番号確認と申請者本人又は代理人の方の身元確認を行います。

| 事業名                   |       | 本人 | 配偶者 | 保護者<br>扶養義務者 | その他の<br>世帯全員 | 本人と同一<br>医療保険の<br>加入者 |
|-----------------------|-------|----|-----|--------------|--------------|-----------------------|
| ①身体障害者手帳              |       | ○  |     |              |              |                       |
| ②療育手帳                 |       | ○  |     |              |              |                       |
| ③精神障害者保健福祉手帳          |       | ○  |     |              |              |                       |
| ④障害福祉サービス             | 18才以上 | ○  |     |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑤日常生活用具給付事業           | 18才以上 | ○  | ○   |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑥移動支援事業               | 18才以上 | ○  | ○   |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑦日中一時支援事業             | 18才以上 | ○  | ○   |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑧地域活動支援センター事業         | 18才以上 | ○  | ○   |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑨自動車改造助成事業            |       | ○  | ○   | ○            |              |                       |
| ⑩自動車運転免許取得助成事業        |       | ○  | ○   |              |              |                       |
| ⑪補装具費                 | 18才以上 | ○  | ○   |              |              |                       |
|                       | 18才未満 | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑫軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業 |       | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑬自立支援医療（更生医療）         |       | ○  |     |              |              | ○                     |
| ⑭自立支援医療（育成医療）         |       | ○  |     | ○            |              | ○                     |
| ⑮自立支援医療（精神通院）         |       | ○  |     |              |              | ○                     |
| ⑯特別障害者手当              |       | ○  | ○   | ○            |              |                       |
| ⑰特別児童扶養手当             |       | ○  |     | ○            |              |                       |
| ⑱障害児福祉手当              |       | ○  | ○   | ○            |              |                       |
| ⑲児童扶養手当               |       | ○  | ○   | ○            |              | ○                     |

※ 所得制限、障がい種別等により利用できない制度があります。

詳しくは、掲載ページをご覧ください。

# 1 手帳の交付

障がい者とは、身体障害、知的障害、精神障害等の障がいがあるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける方をいいます。

法律によるさまざまな援助を受けるためには、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受ける必要があります。

## (1) 身体障害者手帳

### ① 対象者

視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語又はそしゃく機能障害、肢体不自由、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓の機能に障害のある方。

### ② 障害の程度

1 級～6 級（重度障害 1・2 級）

※ 7 級は手帳交付対象になりません。

### ③ 新規申請手続き

#### ア 必要書類

(ア) 申請書

(イ) 診断書（県指定の様式・県指定医師の診断）

(ウ) 写真（たて 4 cm×よこ 3 cm）1 枚

(エ) マイナンバーがわかるもの（P 2. ①参照）

(オ) 本人確認書類（運転免許証、パスポート等）

・写真は上半身・無帽で正面を向いているもの  
・写真用紙に印刷されているもの  
・申請書に貼らずにお持ちください。

イ 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係

電話：56-9128 FAX：56-6868

※ 手帳交付申請から交付まで、約2か月かかります。

※ ただし3歳未満の方は、県の判定機関である審査部会（6月・9月・12月・3月開催）での判定後に交付となるため、申請時期によっては交付までに時間がかかります。

### ④ その他申請手続き

| 区 分          | 申請書 | 診断書 | 写真 | 手帳    | マイナンバー | 本人確認書類 |
|--------------|-----|-----|----|-------|--------|--------|
| 障害の程度が変わったとき | ○   | ○   | ○  | ○     | ○      | ○      |
| 紛失・破損        | ○   |     | ○  | ○（破損） | ○      | ○      |
| 氏名・住所が変わったとき | ○   |     |    | ○     | ○      | ○      |
| 返還           | ○   |     |    | ○     | ○      | ○      |

※ 注意事項 手帳を他人に譲渡すること、貸与することはできません。

## (2) 療育手帳

- ① 対象者 知的障がい児・者
- ② 障がいの程度 A1、A2、B1、B2
- ③ 新規申請手続き

### ア 面接調査（要事前予約）

上三川町役場 健康福祉課 障がい福祉係

電話：56-9128 FAX：56-6868

【持ち物】・写真（たて4cm×よこ3cm）1枚

・マイナンバー（P2.②参照）

・母子手帳、通知表等の成績が分かるもの

・（お持ちの場合）身体障害者手帳、精神保健福祉手帳

上半身・無帽で、  
申請書に貼らずに  
お持ちください。

### イ 栃木県の判定機関による面接・心理検査・医学判定（要予約）

（ア）18歳未満の方

中央児童相談所（〒320-0071 宇都宮市野沢町4-1）

電話：028-665-7830 FAX：028-665-7831

（イ）18歳以上の方

栃木県障害者総合相談所（〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1）

電話：028-611-1208 FAX：028-623-7255



### ④ 再判定について

手帳に、次回の判定時期が指定されますので、その時期までに中央児童相談所又は栃木県障害者総合相談所に連絡し、面接日の予約をとって判定を受けてください。また、18歳未満の方についてはWEBでも予約できます。詳しくは中央児童相談所ホームページをご覧ください。

※町からの再判定通知はありません。

### ⑤ その他申請手続き

| 区 分          | 申請書 | 写真 | 手帳    | マイナンバー |
|--------------|-----|----|-------|--------|
| 再交付（紛失・破損）   | ○   | ○  | ○（破損） |        |
| 氏名・住所が変わったとき | ○   |    | ○     |        |
| 返還（死亡・県外転出）  | ○   |    | ○     |        |

※ 注意事項 手帳を他人に譲渡すること、貸与することはできません。

### (3) 精神障害者保健福祉手帳

#### ① 対象者

精神疾患を有する方で、精神障がいのために長期にわたって日常生活又は社会生活への制限がある方。

#### ② 障害の程度

|     |                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------|
| 1 級 | 精神障害があつて身の回りのことがほとんどできないか、日常生活に著しい制限を受けていて、常に援助を必要とする方 |
| 2 級 | 精神障害があつて日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする方                |
| 3 級 | 精神障害があつて日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける方                          |

#### ③ 申請（新規・更新）手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係

電話：56－9128 FAX：56－6868

イ 必要書類

(ア) 障害者手帳申請書

(イ) 次のうち、いずれかの書類

A 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

（初診日から6か月を経過した日以後の日かつ申請日より3ヶ月以内の日における診断書に限る）

B 障害年金証書（精神障害を支給事由とするもの）の写し

直近の年金振込（支払）通知書の写し

年金事務所等への照会同意書

(ウ) 写真（たて4cm×よこ3cm）1枚

上半身・無帽で、申請時から1年以内に撮影したもの

(エ) マイナンバー（P2.③参照）

ウ 有効期限

2年（有効期限の3か月前から更新の申請ができます。）

#### ④ その他申請手続き

| 区 分            | 申請書 | 診断書 | 写真 | 手帳    | マイナンバー |
|----------------|-----|-----|----|-------|--------|
| 障害の程度が変わったとき   | ○   | ○   | ○  | ○     | ○      |
| 紛失・破損          | ○   |     | ○  | ○(破損) | ○      |
| 氏名・住所が変わったとき   | ○   |     |    | ○     | ○      |
| 返納（死亡・精神障害の消失） | ○   |     |    | ○     |        |

※ 注意事項 手帳を他人に譲渡すること、貸与することはできません。

## 2 障害福祉サービス等

障害福祉サービスには、介護給付・訓練等給付・相談支援事業があり、個々の障害の程度や生活状況等をふまえ、個別に支給決定が行われます。また、療育や訓練等が必要なお子さんに対しては、障がい児通所支援により日常生活における基本動作の指導や集団生活への適応訓練を行います。（P 7～9 参照）

### （１）対象者

- ① 身体障がい者  
身体障害者手帳を有する方（１８歳以上は必須）
- ② 知的障がい者  
療育手帳を有する方、若しくは準ずる方  
（１８歳以上の方は知的障害者更生相談所〔栃木県障害者総合相談所〕、  
１８歳未満の方は児童相談所の意見が必要）
- ③ 精神障がい者  
以下のいずれかの書類を有する方
  - ア 精神障害者保健福祉手帳
  - イ 自立支援医療（精神）受給者証
  - ウ 医師の診断書（手帳を所持していない方や自立支援医療を受給していない方）
  - エ 精神障害を事由とする年金を現に受けていることを証明する書類
  - オ 精神障害を事由とする特別障害給付金を現に受けていることを証明する書類
- ④ 難病患者  
対象疾病に罹患していることがわかる証明書  
（指定難病特定医療費受給者証又は診断書等）を有する方
- ⑤ 障がい児  
以下のいずれかの書類を有する児童
  - ア 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）
  - イ 特別児童扶養手当等を受給していることを証明する書類
  - ウ 児童相談所等の意見（町で障害の有無が確認できないとき）
  - エ 医師の診断書、または医師意見書（上記のア、イ、ウがない方）

## (2) サービスの種類

### ○訪問系のサービス

| 種別           | サービス名称                                           | サービスの内容                                                             |
|--------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 介護<br>給<br>付 | 居宅介護<br>(身体介護)<br>(家事援助)<br>(通院等介助)<br>(通院等乗降介助) | 自宅における入浴、排せつ、食事の介助や家事等、また通院にかかる支援など、生活全般にわたる介護サービスを行います。            |
|              | 重度訪問介護                                           | 重度の肢体不自由等があり、常に介護を必要とする方に、自宅で入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動の補助などを総合的にを行います。 |
|              | 同行援護                                             | 視覚障害により、移動に著しい困難を有する方に移動の援護等を行います。                                  |
|              | 行動援護                                             | 知的障害又は精神障害により、行動が困難で常に介護の必要な方に、外出時の移動の支援や行動の際に生じる危険回避のための援護などを行います。 |
|              | 重度障害者等<br>包括支援                                   | 常に介護が必要な方の中でも介護が必要な程度が非常に高いと認められた方には、居宅介護などの障害福祉サービスを包括的に提供します。     |
|              | 短期入所                                             | 家で介護を行う方が病気などの場合、短期間施設へ入所して、入浴、排せつ、食事等の介護を受けることができます。               |

### ○居住系のサービス

| 種別                | サービス名称              | サービスの内容                                                                       |
|-------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 介護<br>給<br>付      | 施設入所支援              | その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、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行います。 |
| 訓練<br>等<br>給<br>付 | 共同生活援助<br>(グループホーム) | 日中に就労又は日中活動系のサービスを利用している障がい者の方に対し、地域の共同生活の場において、相談や日常生活上の援助を行います。             |

○日中活動系のサービス

| 種別    | サービス名称                   | サービスの内容                                                                                                                             |
|-------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付  | 生活介護                     | 常に介護が必要な方に、施設で入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供します。                                                                                        |
|       | 療養介護                     | 医療の必要な障がい者で常に介護が必要な方に、医療機関で機能訓練や療養上の管理、看護、介護、日常生活上の援助などを行います。                                                                       |
| 訓練等給付 | 自立訓練<br>(機能訓練)<br>(生活訓練) | 自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間における身体機能や生活能力向上のための訓練を行います。                                                                                |
|       | 就労移行支援                   | 就労を希望する方に、一定の期間における生産活動やその他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練を行います。                                                                           |
|       | 就労継続支援<br>(A型)<br>(B型)   | 通常の事業所で働くことが困難な方に、就労の機会の提供や生産活動その他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練を行います。                                                                    |
|       | 就労定着支援                   | 通常の事業所に新たに雇用された障がい者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行います。            |
|       | 自立生活援助                   | 居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障がい者の状況を把握し、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の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行います。 |



○地域相談支援系のサービス

| 種別     | サービス名称 | サービスの内容                                                                              |
|--------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 相談支援事業 | 地域移行支援 | 障害者支援施設、精神科病院、児童福祉施設を利用する障がい者等に対し、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出の同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。 |
|        | 地域定着支援 | 単身で生活する障がい者に対し、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事態等に相談その他の支援を行います。                         |

○障がい児のサービス

| 種別     | サービス名称      | サービスの内容                                                                               |
|--------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所サービス | 児童発達支援      | 未就学児を対象に、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練等を行います。                                  |
|        | 放課後等デイサービス  | 学齢児を対象に、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練を行い、学校と協力して児童の自立を促すとともに、放課後等の居場所づくりを提供します。     |
|        | 医療型児童発達支援   | 肢体不自由児を対象に、医療型児童発達支援センターで児童発達支援、治療を行います。                                              |
|        | 保育所等訪問支援    | 保育所等を利用中の障がい児を対象に、保育所等を訪問し、集団生活への適応のための専門的な支援を行います。                                   |
|        | 居宅訪問型児童発達支援 | 重度の障害があり、外出することが困難な障がい児を対象に、居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行います。 |

### (3) 計画相談支援について

障害福祉サービス・障害児通所支援を利用するために、サービス等利用計画（障害児支援利用計画）の作成が必要です。計画作成に係る費用は、申請により全額公費負担となります。

※ サービス等利用計画とは・・・

さまざまなサービスの利用を通して、ご本人やご家族の希望する生活や目標を達成するよう計画を作成し支援していきます。指定を受けた事業所の相談支援専門員が計画を作成し、その計画の見直しや必要なサービスの調整等も行います。

なお、現在、町で指定している指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者は、以下のとおりです。

#### (有) ケアサポートセンタービスケット

上三川町上三川5061-1

電話 0285-56-3226 FAX 0285-56-0118

#### 上三川障がい児・者生活相談支援センター

上三川町上三川5082-15 上三川ふれあいの家ひまわり内

電話 0285-38-6854 FAX 0285-38-6841

#### 相談支援事業所 こすもす

上三川町上三川5024

電話 0285-50-9232

#### 相談支援事業所 スマイルサポート上三川

上三川町しらさぎ2-1-1

電話 0285-37-9080 FAX 0285-37-9081

※ 事業者ではなく、本人や家族、支援者等が計画（セルフプラン）を作成することも出来ます。



## (4) サービスの利用とサービス等利用計画の作成の手続き

### ～ サービス利用まで ～

#### ① サービス利用申請

- ・サービスの利用を希望するときは、町健康福祉課、または、相談支援事業所に相談し、町へ利用の申請または変更の申請をします。



#### ② サービス等利用計画の作成依頼

- ・申請者は、サービス等利用計画を作成してもらう事業所を決めて、利用契約を結びます。



#### ③ 町による調査・医師への意見書依頼

- ・調査員が本人の身体状況や生活状況について、調査(障害支援区分認定調査等)を行います。



#### ④ 障害支援区分判定審査会

- ・障害支援区分認定等審査会で、障害支援区分を判定します。  
※ 訓練等給付・地域相談支援のサービスの場合は、支援区分は必要ありません。



#### ⑤ 「サービス等利用計画案」の提出

- ・町に次の書類を提出します。
  - i) サービス等利用計画案(障害児支援利用計画案)
  - ii) 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
  - iii) 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書



#### ⑥ 障害福祉サービス等の支給決定

- ・町は、障害福祉サービスの支給決定をし、申請者へ通知するとともに、受給者証を交付します。



#### ⑦ 「サービス等利用計画」の作成及びサービス提供事業所と契約

- ・支給決定を受け、本人および家族、関係者と会議を開催し、計画案の内容確認等を行います。  
なお、申請者はサービス提供事業所と利用契約を結びます。



サービス利用開始

健康福祉課や相談支援員に気軽に相談してね!



## (5) サービスの利用者負担

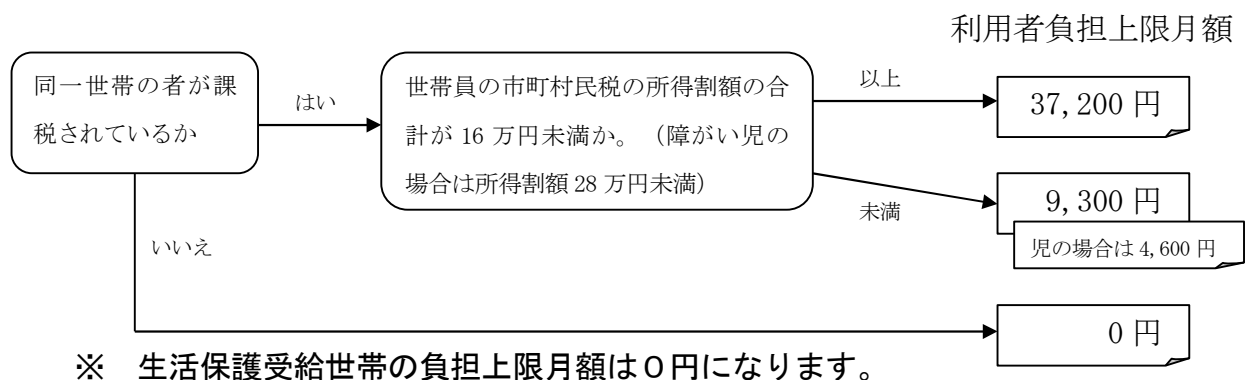
サービスを受けたら利用額（原則サービス総額の1割）を事業者に支払います。  
ただし、利用者の負担を軽減するため以下のように課税状況に応じて、利用者負担上限月額が決められています。

なお、サービス等利用計画作成に係る費用については、利用者負担はありません。

### (参考) 在宅・通所サービスを利用している方の利用者負担上限月額

#### 【障害福祉サービスにおける世帯の定義】

- 障がい者（18歳以上） ☞ 本人と配偶者を世帯とみなします。
- 障がい児（18歳未満） ☞ 同一の住民票に載っている全ての方を世帯とみなします。



| 児童発達支援をご利用の場合                                                                                                                                                            | 放課後等デイサービスをご利用の場合                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者負担の軽減のため、多子軽減制度があります。                                                                                                                                                 | 利用者負担の軽減のため、複数障がい児上限管理があります。                                                                                                                                                   |
| <b>【対象者】</b><br>① 就学前の障害児支援利用児童のうち、保育所等に通う兄または姉がいる、第2子以降の乳幼児<br>〔提出書類：通園証明書〕<br>② 年収約360万円未満相当世帯（世帯における市民税所得割合算額が77,101円未満）である場合、通所決定保護者と生計を同じくする兄弟姉妹（年齢問わず）の中で第2子以降の乳幼児 | <b>【対象者】</b><br>同一世帯に放課後等デイサービスを利用の児童が複数いる通所決定保護者<br><b>【利用方法】</b><br>利用児童のうち、一番年長の児童が利用している優先度の高い事業所を上限額管理事業者として設定し、通所決定保護者の負担上限月額を管理していただきます。<br>〔提出書類：利用者負担上限管理事務依頼（変更）届出書〕 |

## (6) 上三川ふれあいの家ひまわり

在宅の身体障がい、知的障がい及び精神障がい児・者等の自立と社会参加を目指すとともに、その介護を行う家族等への支援を目的とした多機能型事業所で、町の障害福祉サービスの拠点となっています。

### ① ふれあいの家ひまわりの福祉サービス

- |            |                                                                                             |               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| ・ 障害福祉サービス | 就労継続支援B型事業<br>生活介護                                                                          | } P 6～P 12 参照 |
| ・ 地域生活支援事業 | 相談支援事業・・・・・・・・・・・・・・・・ P 15 参照<br>日中一時支援事業（18歳以上）・・ P 27 参照<br>地域活動支援センター事業・・・・・・・・ P 29 参照 |               |

### ② 所在地

上三川町大字上三川 5 0 8 2 - 1 5

### ③ 指定管理者

社会福祉法人こぶしの会（法人所在地：宇都宮市柳田町 1401）

### ④ 開所日時

月曜日から土曜日の8時30分から18時まで

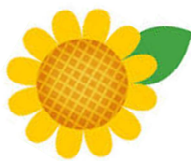
ただし、事業により異なりますので、事業所に直接お問い合わせください。

### ⑤ ご利用・お問い合わせ

ふれあいの家ひまわりの利用を希望される方は、利用される事業によって手続きが異なりますので、事業所又は町健康福祉課へお問い合わせください。

★ふれあいの家ひまわり 電話：38-6821 FAX：38-6841

★健康福祉課障がい福祉係 電話：56-9128 FAX：56-6868



### ひまわり案内図

※ 道を挟んで北館、南館の2つの建物があります。  
事務所は南館です。



## (7) 上三川町こども発達支援センター おひさまの家

療育や訓練等が必要なお子さんを対象とした、心と体の発達を促すお手伝いをする事業所です。

### ① こども発達支援センターおひさまの家の福祉サービス

- ・放課後等デイサービス「たんぽぽ」
- ・児童発達支援「みつばち」
- ・保育所等訪問支援「ひなげし」
- ・日中一時支援事業「ひまわり」

P 6～P 1 2 参照



### ② 所在地

上三川町大字上蒲生 2 1 0 8

### ③ 指定管理者

社会福祉法人こぶしの会（法人所在地：宇都宮市柳田町 1401）

### ④ 開所日時・対象

#### ★放課後等デイサービス「たんぽぽ」

- ・月～金（祝日、年末年始、お盆を除く）
- ・学校がある日 下校後～17：00
- ・学校が休みの日 9：30～17：00
- ・対象：小学生～高校生

#### ★児童発達支援「みつばち」

- ・月～金（祝日、年末年始、お盆を除く）
- ・9：30～17：30
- ・対象：就学前のお子さん

#### ★保育所等訪問支援「ひなげし」

- ・対象：就学前のお子さん～高校生

#### ★日中一時支援事業「ひまわり」

- ・月～金（祝日、年末年始、お盆を除く）
- ・9：30～18：00
- ・対象：就学前のお子さん～高校生

### ⑤ お問い合わせ

こども発達支援センターおひさまの家の利用を希望される方は、利用される事業（サービス）によって手続きが異なりますので、事業所又は町健康福祉課へお問い合わせください。

★こども発達支援センターおひさまの家

電話：37－6716 FAX：37－6717

★健康福祉課障がい福祉係

電話：56－9128 FAX：56－6868

こども発達支援センター

おひさまの家 案内図





### 3 地域生活支援事業

#### (1) 相談支援事業

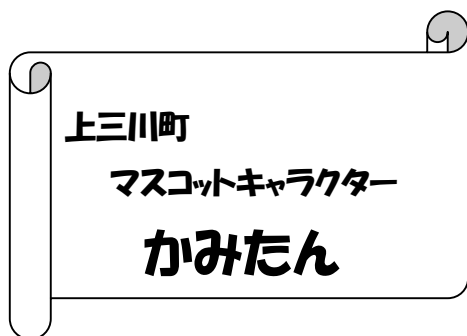
障害ある方が地域で安心して生活することができるよう、障がい者及び家族の方からの相談に応じ、必要な情報の提供を行います。

「上三川障がい児・者生活相談支援センター」

身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児、その他の障がい児者、ご家族の方からの相談をお受けします。

相談者の意思及び人格を尊重し、常に相談者の立場に立った支援を心がけます。

- ① 開設日 月曜日から金曜日まで
- ② 時 間 午前8時30分から午後5時まで
- ③ 所在地 上三川町大字上三川5082-15
- ④ 電 話 0285-38-6854（直通）



## (2) コミュニケーション支援事業（手話通訳者・要約筆記者の派遣）

### ① コミュニケーション支援事業とは

聴覚、言語機能、音声機能その他の障がいのため、意思疎通を図ることに支障がある方に、手話通訳者又は要約筆記者の派遣を行い、自立した日常生活及び社会生活に資することを目的としています。

### ② 対象者

町内に住所を有し、次のいずれかに該当する方

- (ア) 身体障害者手帳の交付を受けている聴覚障がい者
- (イ) 聴覚障がい者とのコミュニケーションを必要とする方


### ③ 派遣地域及び手話通訳者、要約筆記者の交通費について

- (ア) 派遣地域は県内が原則です。
- (イ) 県内の利用の場合、手話通訳者及び要約筆記者の交通費は、町が負担します。

### ④ 申請手続き等

- (ア) 申請窓口 上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）  
FAX：56－3164 電話：56－3166  
メール：chiiki@kamisyakyo.or.jp
- (イ) 提出書類 手話通訳者等派遣申請書  
(メール又はFAX、窓口で申請してください。)
- (ウ) 利用料 原則無料（ただし、手話通訳者等に旅費など必要な場合は、依頼者にご負担いただきます。)

※ **派遣の対象** 社会通念上、派遣することが適当と判断できるもの

| ○（派遣できる場合）                                                                                                                                                                                                                         | ×（派遣できない場合）                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の受診</li> <li>・ 学業に関すること</li> <li>・ 公的機関の手続き</li> <li>・ 就職活動</li> <li>・ 冠婚葬祭のほか、地域交流のために必要な場合</li> <li>・ 特に説明を要する物品の購入<br/>(自動車、大型家電製品 等)</li> <li>・ 町内の障がい者団体が主催する事業で必要な場合</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 趣味に関すること</li> </ul>  |

※ 感染症またはその疑い等のため、対面での通訳が実施できない 場合は、「遠隔手話通訳サービス」をご利用ください。

(提出書類：遠隔手話通訳サービス依頼書)



## ・ ファックス119・Net119

石橋地区消防組合消防本部通信指令課では、聴覚や言語に障害をお持ちの方のために、ファックス及びスマートフォンによる通報を受け付けています。

### ア ファックス119

様式は、本ガイド最終ページ・町ホームページに掲載されていますので、印刷してご利用ください。また、役場健康福祉課・社会福祉協議会にもあります。

・ダウンロードする場合 ⇒⇒⇒

障がい者福祉>生活支援事業>ファックス119>用紙ダウンロード

### イ Net119

スマートフォン等から、インターネットを利用して119番通報ができるサービスです（事前登録）。

## ・ ファックス110番・110番アプリシステム

栃木県警察本部では、聴覚や言語に障がいをお持ちの方のために、ファックス及びスマートフォン等による通報受信を行っています。

### ア ファックス110番

項目例を参考に、下記へファックスしてください（様式はありません）。

栃木県警察本部 FAX：0120-834-110

| ファックスに盛り込む項目例<br>※ 文章は、簡潔に簡条書きで作成してください。                                                                                       |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故・病気・けが・犯罪等の場合                                                                                                                | 火災等の場合                                                                                                     |
| ① 送信者の氏名、住所<br>② 緊急の要件（交通事故、病気、けが、犯罪目撃など具体的に）<br>③ 場所（今いる場所の住所、目標となるもの）<br>④ 傷病者の氏名<br>⑤ 状態（具体的に…犯罪の場合は、犯人の数、服装、逃走方向、車のナンバーなど） | ① 送信者の氏名、住所<br>② 火災現場（燃えている所）の住所<br>③ 火災現場周辺のわかりやすい目標物<br>④ 何がどれくらい燃えているか<br>⑤ けが人、逃げ遅れた人はいないか<br>⑥ けが等の状態 |

### イ 110番アプリシステム

スマートフォン等を利用して、文字や画像で警察へ通報可能なシステムです。端末のGPSを利用し、通報場所の位置情報を通知することができます。

専用のアプリ（「110番アプリ」と検索）をダウンロードして利用できます（事前登録）。

### (3) 日常生活用具給付事業

#### ① 日常生活用具の給付とは

重度障がい者（児）の日常生活をしやすくするため、日常生活用具を給付することにより、日常生活の便宜を図ることを目的としています。

#### ② 給付の対象者

ア 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の障害程度が「⑥日常生活用具一覧」に記載されている方

イ 難病患者：指定難病に罹患していることがわかる証明書（特定医療費（指定難病）受給者証または診断書等）を有し、「⑥日常生活用具一覧」に記載されている方

ウ 日常生活用具種目の対象者欄に手帳等級数がない、もしくは同程度とあるもの：医師意見書等で該当の有無が確認できる方

#### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：５６－９１２８

FAX：５６－６８６８

#### イ 必要書類

(ア) 日常生活用具給付申請書

(イ) 各種障害者手帳または特定医療費（指定難病）受給者証

(ウ) マイナンバー（P 2. ⑤参照）

(エ) 課税証明書または非課税証明書（１月２日以降に転入された方のみ）

※ 給付品目によっては、上記の他に追加書類の添付が必要な場合があります。

※ 申請前に購入した場合は、日常生活用具給付の対象にはなりません。

#### ④ 利用者負担額

【日常生活用具における世帯の定義】

障がい者（１８歳以上） ☞ 本人と配偶者を世帯とみなします。

障がい児（１８歳未満） ☞ 住民票に載っている全ての方を世帯とみなします。

| 課税状況   |                 |                              | 負担割合                         | 利用者負担上限月額 |
|--------|-----------------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| 生活保護世帯 |                 |                              | 負担なし                         | ０円        |
| 非課税世帯  |                 |                              | 負担なし                         | ０円        |
| 課税世帯   | 障がい児            |                              | 費用の１割                        | ３７，２００円   |
|        | 障がい者<br>(１８歳以上) | 市町村民税所得割の最多納税者の納付額が４６万円未満の世帯 |                              |           |
|        |                 |                              | 市町村民税所得割の最多納税者の納付額が４６万円以上の世帯 | 全額利用者負担   |

※ 上記負担額は基準額内の場合で、基準額を超える部分は自己負担となります。

#### ⑤ 利用者負担額の支払

ア 町へ日常生活用具支給申請をする。

- イ 町から日常生活用具給付決定通知書が交付される。
- ウ 日常生活用具購入費の利用者負担分を業者に支払う。
- エ 町が業者に、利用者負担分以外の金額を支払う。

⑥ 日常生活用具一覧

※ 種目ごとに耐用年数が決められており、原則、耐用年数内での再給付はできません。

購入に対する助成となるため、修理やレンタル等は対象外となります。

| 種目        |        | 対象者                                                        |                | 性能等                                                        | 基準額      | 耐用年数 |
|-----------|--------|------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|----------|------|
|           |        | 対象者の障がい                                                    | 年齢制限           |                                                            |          |      |
| 介護・訓練支援用具 | 特殊寝台   | 下肢又は体幹機能障害2級以上<br>寝たきりの状態にある難病患者                           | 学齢児以上          | 腕、脚等の訓練のできる用具を付帯し、原則として障がい者等の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの  | 154,000円 | 8年   |
|           | 特殊マット  | 下肢又は体幹機能障害1級で常時介護を要する者<br>寝たきりの状態にある難病患者                   | 18歳以上          | 褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの                          | 19,600円  | 5年   |
|           |        | 下肢又は体幹機能障害2級以上                                             | 3歳以上<br>18歳未満  |                                                            |          |      |
|           |        | 療育手帳の等級がA1、A2                                              | 3歳以上           |                                                            |          |      |
|           | 特殊尿器   | 下肢又は体幹機能障害1級で常時介護を要する者<br>自力で排尿できない難病患者                    | 学齢児以上          | 尿が自動的に吸引されるもので、障がい者等又は介護者が容易に使用し得るもの                       | 67,000円  | 5年   |
|           | 入浴担架   | 下肢又は体幹機能障害2級以上で、入浴に当たり、家族等他人の介助を要する者                       | 3歳以上           | 障がい者等を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの                              | 82,400円  | 5年   |
|           | 体位変換器  | 下肢又は体幹機能障害2級以上で、下着交換等に当たって、家族等他人の介助を要する者<br>寝たきりの状態にある難病患者 | 学齢児以上          | 介助者が障がい者等の体位を交換させるのに容易に使用し得るもの                             | 15,000円  | 5年   |
|           | 移動用リフト | 下肢又は体幹機能障害2級以上<br>下肢又は体幹機能に障害のある難病患者                       | 3歳以上           | 介護者が障がい者等を移動させるにあたって容易に使用し得るもの<br>ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く | 159,000円 | 4年   |
|           | 訓練いす   | 下肢又は体幹機能障害2級以上                                             | 3歳以上<br>18歳未満  | 原則として付属のテーブルをつけるもの                                         | 33,100円  | 5年   |
|           | 訓練用ベッド | 下肢又は体幹機能障害2級以上<br>下肢又は体幹機能に障害がある難病患者                       | 学齢児以上<br>18歳未満 | 腕・脚等の訓練のできる器具を備えたもの                                        | 159,200円 | 8年   |

|          |           |                                                                                                 |       |                                                                                                                                               |                                       |    |
|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|
| 自立生活支援用具 | 入浴補助用具    | 下肢又は体幹機能障害を有し、入浴に介助を要する者<br>入浴に介助を要する難病患者                                                       | 3歳以上  | 障がい者等又は介助者が容易に使用し得るもの<br>ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く                                                                                               | 90,000円                               | 8年 |
|          | 便器        | 下肢又は体幹機能障害2級以上<br>常時介護を要する難病患者                                                                  | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に使用し得るもの（手すりをつけることができる。）<br>ただし、住宅改修を伴うものを除く                                                                                          | 4,450円<br>5,400円<br>(手すり有)            | 8年 |
|          | T字状・棒状のつえ | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害3級以上                                                                          | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に利用し得るもの                                                                                                                              | 4,690円                                | 3年 |
|          | 移動・移乗支援用具 | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有し、家庭内の移動等において介助を要する者<br>下肢が不自由な難病患者                                        | 3歳以上  | おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること<br>ア 障がい者等の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの<br>イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具<br>ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く | 60,000円                               | 8年 |
|          | 頭部保護帽     | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有し、歩行や立位が不安定で頻繁に転倒するおそれのある者又は、療育手帳の等級がA1又はA2若しくは精神障がい者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者 | 3歳以上  | 転倒の衝撃から頭部を保護できるもの                                                                                                                             | 37,860円                               | 3年 |
|          | 特殊便器      | 上肢障害2級以上及び療育手帳の等級がA1、A2で訓練を行っても自力での排便後の処理が困難な者<br>上肢機能に障がいのある難病患者                               | 学齢児以上 | 足踏みペダルにて温水温風を出し得るもの<br>ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く                                                                                                | 151,200円                              | 8年 |
|          | 火災警報機     | 身体障害者手帳2級以上、療育手帳の等級がA1、A2及び精神障害者保健福祉手帳の等級が2級以上であって、それぞれ火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者の属する世帯             |       | 室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し、屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの                                                                                                    | 15,500円<br>※<br>2階に寝室がある場合<br>31,000円 | 8年 |

|             |                 |                                                                                     |       |                                               |          |     |
|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------|----------|-----|
| 自立生活支援用具    | 自動消火器           | 身体障害者手帳２級以上、療育手帳の等級がＡ１、Ａ２及び精神障害者保健福祉手帳の等級が２級以上であって、それぞれ火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者の属する世帯 |       | 室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し初期火災を消火し得るもの       | 28,700円  | ８年  |
|             | 電磁調理器           | 視覚障害２級以上で視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯、又は療育手帳の等級がＡ１、Ａ２で知的障がい者のみの世帯若しくはこれに準ずる世帯              | 18歳以上 | 障がい者が容易に使用し得るもの                               | 41,000円  | ６年  |
|             | 歩行時間延長信号機用小型送信機 | 視覚障害２級以上                                                                            | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に使用し得るもの                              | 7,000円   | １０年 |
|             | 聴覚障がい者用屋内信号装置   | 聴覚障害２級以上で聴覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯                                                      | 18歳以上 | 音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるもの                        | 87,400円  | １０年 |
| 在宅療養等支援用具   | 透析液加温器          | じん臓機能障害３級以上で自己連続携帯式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を行う者                                           | 3歳以上  | 透析液を加温し一定温度に保つもの                              | 51,500円  | ５年  |
|             | ネブライザー（吸入器）     | 呼吸器機能障害３級以上又は同程度であって必要と認められる者<br>呼吸器機能に障害がある難病患者                                    |       | 障がい者等が容易に使用し得るもの                              | 36,000円  | ５年  |
|             | 電気式たん吸引機        | 呼吸器機能障害３級以上又は同程度であって必要と認められる者<br>呼吸器機能に障害がある難病患者                                    |       | 障がい者等が容易に使用し得るもの                              | 56,400円  | ５年  |
|             | 酸素ボンベ運搬車        | 医療保険における在宅酸素療法を行う者                                                                  |       | 障がい者が容易に使用し得るもの                               | 17,000円  | １０年 |
|             | 視覚障がい者用体温計（音声式） | 視覚障害２級以上で視覚障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯                                                      | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に使用し得るもの                              | 9,000円   | ５年  |
|             | 視覚障がい者用体重計      |                                                                                     |       |                                               | 18,000円  | ５年  |
|             | パルスオキシメーター      | 人工呼吸器の装着が必要な難病患者                                                                    |       | 呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、難病患者等が容易に使用し得るもの | 157,500円 | ５年  |
| 情報・意思疎通支援用具 | 携帯用会話補助装置       | 音声言語機能障害又は肢体不自由であって発声発語に著しい障害を有する者                                                  | 学齢児以上 | 携帯式でことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障がい者等が容易に使用し得るもの     | 98,800円  | ５年  |

|             |                                 |                                                          |       |                                                                                                                                                                     |                                          |    |
|-------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----|
| 情報・意思疎通支援用具 | 情報・通信支援用具                       | 上肢機能障がい者（児）又は視覚障害2級以上                                    | 学齢児以上 | 障がい者等向けのパーソナルコンピュータ又は携帯情報端末の周辺機器やアプリケーションソフト<br><br>上肢機能障がい者（児）インテリキー、ジョイスティック等<br><br>視覚障がい者（児）画面拡大ソフト、画面音声化ソフト等                                                   | 100,000円                                 | 5年 |
|             | 点字ディスプレイ                        | 視覚障害及び聴覚障害の重度重複障がい者（原則として視覚障害2級以上かつ聴覚障害2級）であって、必要と認められる者 | 18歳以上 | 文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことのできるもの                                                                                                                                    | 383,500円                                 | 6年 |
|             |                                 | 視覚障害2級以上であって学業上必要と認められる者                                 | 中学生以上 |                                                                                                                                                                     |                                          |    |
|             | 点字器（標準型）                        | 視覚障がいがある者                                                | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に使用し得るもの                                                                                                                                                    | 18,180円                                  | 7年 |
|             | 点字器（携帯型）                        |                                                          |       | 障がい者等が容易に使用し得るもので、携帯に使用できるもの                                                                                                                                        | 11,350円                                  | 5年 |
|             | 点字タイプライター                       | 視覚障害2級以上で就労している者若しくは就学している者又は就労が見込まれる者                   | 学齢児以上 | 障がい者等が容易に使用し得るもの                                                                                                                                                    | 63,100円                                  | 5年 |
|             | 視覚障がい者用ポータブルレコーダー（録音再生機）（再生専用機） | 視覚障害2級以上                                                 | 学齢児以上 | ①音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式による録音並びに当該方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、障がい者等が容易に使用し得るもの<br><br>②音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつDAISY方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、障がい者等が容易に使用し得るもの | 録音再生機<br>85,000円<br><br>再生専用機<br>48,000円 | 6年 |

|             |                         |                                           |       |                                                                                                               |                  |               |
|-------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| 情報・意思疎通支援用具 | 視覚障がい者用拡大読書器            | 視覚障害であって、本装置により文字等を読むことが可能になる者            | 学齢児以上 | 画像入力装置を読みたいもの（印刷物等）の上に置くことで、簡単に拡大された画像（文字等）をモニターに映し出せるもの                                                      | 198,000円         | 8年            |
|             | 視覚障がい者用活字文書読上げ装置        | 視覚障害２級以上                                  | 学齢児以上 | 文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報や暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障がい者等が容易に使用し得るもの                                 | 99,800円          | 6年            |
|             | 視覚障がい者用時計               | 視覚障害２級以上の者                                | 学齢児以上 | 視覚障がい者等が容易に使用し得るもの                                                                                            | 13,300円          | 10年           |
|             | 聴覚障がい者用通信装置             | 聴覚障害又は発音・発語に著しい障害を有し、緊急連絡等の手段として必要と認められる者 | 学齢児以上 | 一般の電話に接続することができ、音声の代わりに、文字等により通信が可能な機器であり、障がい者等が容易に使用し得るもの                                                    | 71,000円          | 5年            |
|             | 聴覚障がい者用情報受信装置           | 聴覚障害であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる者              |       | 字幕及び手話通訳付きの聴覚障がい者等用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障がい者等向け緊急信号を受信するもので、聴覚障がい者等が容易に使用し得るもの | 88,900円          | 6年            |
|             | 人工咽頭（笛式）                | 咽頭摘出などにより発声機能を失った者                        |       | 呼気によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの                                                                   | 5,150円           | 4年            |
|             | 人工咽頭（電動式）               |                                           |       | 顎下部等にあてた電動板を振動させ、経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの                                                                         | 72,210円          | 5年            |
|             | 点字図書（月刊、週間等で発行される雑誌を除く） | 主に情報の入手を点字によっている視覚障がい者（児）                 |       | 点字により作成された図書                                                                                                  | 一般図書の購入価格相対額との差額 | 年間6タイトル、又は24巻 |

|          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                                    |           |    |
|----------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|-----------|----|
| 排泄管理支援用具 | 紙おむつ等      | 次のいずれかに該当するもの<br>①治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形のためストマ用装具を装着することができない者で紙おむつ等の用具類を要する者<br>②先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障がいによる高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいのある者で紙おむつ等の用具類を要する者<br>③先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある者で紙おむつ等の用具類を要する者<br>④脳性麻痺等脳原性運動機能障がいにより排尿若しくは排便の意思表示が困難な者で、医師の意見書により紙おむつ等の用具類を要する者 | 3歳以上  | 紙おむつ、洗腸用具、サラン、ガーゼ等衛生用品             | 12,000円/月 | 1月 |
|          | ストマ装具（蓄尿袋） | 膀胱機能障害により、身体障害者手帳の交付を受けている人工膀胱造設者                                                                                                                                                                                                                                                             |       | 障がい者等が容易に使用し得るもの                   | 11,300円/月 | 1月 |
|          | ストマ装具（蓄便袋） | 直腸機能障害により、身体障害者手帳の交付を受けている人工肛門造設者                                                                                                                                                                                                                                                             |       | 障がい者等が容易に使用し得るもの                   | 8,600円/月  | 1月 |
|          | 収尿器        | 高度の排尿機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 採尿器と蓄尿袋で構成し、尿の逆流防止装置が付いているもの       | 8,500円    | 1年 |
| 住宅改修費    | 居宅生活動作補助用具 | 下肢、体幹機能障害又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）を有する障害等級3級以上の者（ただし、特殊便器への取替えをする場合は上肢障がい2級以上）<br>下肢又は体幹機能に障害がある難病患者                                                                                                                                                                              | 学齢児以上 | 障がい者等の移動等を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの | 200,000円  | —  |



## (4) 移動支援事業

### ① 移動支援事業とは

屋外での移動が困難な障がいのある方に対し、外出のための支援を行うことにより、地域における自立した生活や社会参加を促す福祉サービスです。

なお、この移動支援事業には、病院への送迎等介護給付で行われているサービスは含まれません。また通勤や通学、施設への通所についても対象外となります。

### ② 対象者

町内に住所を有する障がい者(児)であって、町長が支援を必要と認めた方

※ 障害福祉サービスの行動援護とは併給できません。

### ③ 移動支援の種類

ア 個別支援型： 個別的支援が必要な場合のマンツーマンでの支援

イ グループ支援型： 複数の障がい者への同時支援

(屋外でのグループワーク、同一目的地・イベントへの複数人同時参加の際の支援)

### ④ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話： 56-9128

FAX： 56-6868

イ 必要書類

(ア) 移動支援事業利用申請書 (イ) 同意書

(ウ) マイナンバー(P.2 ⑥参照)

(エ) 各種障害者手帳、サービス受給者証(早期療育での利用の場合)、自立支援医療受給者証のいずれか

### ⑤ 利用料

午前8時から午後6時までの利用者負担額

| 種 別                         | 障害<br>程度 | 30 分以内 | 30 分超<br>1 時間以内 | 1 時間超<br>1 時間 30 分以内 | 以降 30 分毎 |
|-----------------------------|----------|--------|-----------------|----------------------|----------|
| 個別支援型                       | A        | 230円   | 400円            | 580円                 | 82円      |
|                             | B        | 75円    | 150円            | 225円                 | 75円      |
| グループ支援型(スタッフ<br>1人に対して4人まで) |          | 50円    | 100円            | 150円                 | 50円      |

※ A・Bの判断は、身体介護の程度判定基準によります。

※ 1回の利用時間が8時間を超えた分は、移動支援事業の対象外です。

※ 午後6時から午後10時までの利用は25%、午後10時から午前6時までの利用は50%、午前6時から午前8時までの利用は25%が上記の料金に加算されます。

※ 所得に応じて1か月に支払う利用料に上限月額を設定します。(⑥を参照)

⑥ 移動支援事業利用者負担上限月額

| 対象となる方       | 上限月額     |
|--------------|----------|
| 生活保護世帯の方     | 0 円      |
| 市町村民税非課税世帯の方 | 0 円      |
| 市町村民税課税世帯の方  | 37,200 円 |

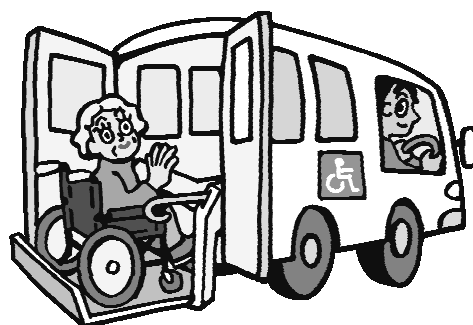
⑦ 指定事業者

(令和6年4月1日現在)

| No. | 事業所名                   | 住 所                                  | 電話番号          |
|-----|------------------------|--------------------------------------|---------------|
| 1   | パルエイド株式会社 たいよう本舗       | 宇都宮市一ノ沢町 253                         | 028-678-4158  |
| 2   | (株)カインドリー              | 宇都宮市花園町 3-5                          | 028-635-0122  |
| 3   | (株)IMASO ヘルパーステーションかめや | 宇都宮市大曾 1-5-10                        | 028-666-8664  |
| 4   | 訪問介護わたぼうし              | 宇都宮市上横田町 744-14                      | 028-612-7333  |
| 5   | (株)明和ケアサービス            | 宇都宮市台新田 1-13-12<br>ST サンシャインオフィス A-5 | 028-612-6339  |
| 6   | 居宅介護事業さんぽ道             | 栃木市皆川城内町 333-2                       | 0282-31-1755  |
| 7   | (特非)ハートフルふきあげ          | 栃木市都賀町富張 255-1                       | 0285-91-1511  |
| 8   | グループホーム梅の実             | 栃木市梅沢町 972                           | 0282-31-3235  |
| 9   | (特非)より道 ホームより道         | 日光市大沢町 23                            | 0288-23-8211  |
| 10  | 訪問介護事業所 みはなや           | 真岡市田町 1629-2                         | 080-5812-0185 |
| 11  | 居宅介護サービス 桜華            | 真岡市長田 2-32-15                        | 0285-81-6818  |
| 12  | はなまる福祉タクシー             | 下野市大光寺 1-1-3                         | 0285-53-0801  |
| 13  | (株)アースライン 太陽           | 下野市下古山 3305-1                        | 0285-39-6361  |
| 14  | (株)ケアサポートセンタービスケット     | 上三川町大字上三川 5061-1                     | 0285-56-3226  |
| 15  | (一社)社会福祉士事務所にじみる       | 上三川町しらさぎ 2-32-19                     | 0285-56-7775  |
| 16  | アイティーサービス              | 益子町塙 3662-3                          | 0285-72-8100  |
| 17  | (福)パステル パステル 2 4       | 野木町若林 443-1                          | 0280-57-4773  |

※ 上記以外の事業所を利用したい場合は、健康福祉課へご相談ください。

電話：56-9128 FAX：56-6868



## (5) 日中一時支援事業

### ① 日中一時支援事業とは

障がいのある方の日中における活動の場を確保し、障がい者等と日常的に介護をしている家族の就労支援及び一時的な休息のための時間を確保することを目的としています。

### ② 対象者

町内に住所を有する障がい者(児)であって、町長が支援を必要と認めた方

### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56-9128

FAX：56-6868

### イ 必要書類

(ア) 日中一時支援事業利用申請書

(イ) 同意書

(ウ) マイナンバー(P2.⑦参照)

(エ) 各種障害者手帳、サービス受給者証(早期療育での利用の場合)、  
自立支援医療受給者証のいずれか

### ④ 利用料

| 区 分 | 1人1時間当り | 送迎加算<br>(片 道) |
|-----|---------|---------------|
| A   | 75円     | 100円          |
| B   | 50円     |               |

※ A・Bの判断は、障害の程度によります。

※ 1回の利用時間が10時間を超えた分は、日中一時支援事業の対象外です。

※ 所得に応じて1か月に支払う利用料に上限額を設定します。(⑤を参照)

### ⑤ 日中一時支援事業利用者負担上限月額

| 対象となる方       | 上限月額    |
|--------------|---------|
| 生活保護世帯の方     | 0円      |
| 市町村民税非課税世帯の方 | 0円      |
| 市町村民税課税世帯の方  | 10,000円 |

### ⑥ 指定事業者

(令和6年4月1日現在)

| No. | 事業所名                   | 住 所            | 電話番号         |
|-----|------------------------|----------------|--------------|
| 1   | (福)こぶしの会 こぶし作業所        | 宇都宮市茂原町 837-1  | 028-688-1120 |
| 2   | アリス Family Support(株)  | 宇都宮市築瀬町 148-1  | 028-306-1457 |
| 3   | 独立行政法人国立病院機構宇都宮病院      | 宇都宮市下岡本 2160   | 028-673-2111 |
| 4   | (福)端宝会 ビ・ブライト          | 宇都宮市西刑部町 314-6 | 028-656-9641 |
| 5   | (株)IMASO ヘルパーステーションかめや | 宇都宮市大曾 1-5-10  | 028-666-8664 |

|    |                                     |                                |              |
|----|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 6  | (地独) 栃木県立リハビリテーションセンター<br>こども療育センター | 宇都宮市駒生町 3337-1                 | 028-623-6138 |
| 7  | (福) すぎの芽会 すぎの芽学園                    | 宇都宮市板戸町 3650                   | 028-667-8091 |
| 8  | (福) 飛山の里福祉会宇都宮市泉が丘ふれあいプラザ           | 宇都宮市泉が丘 3-17-16                | 028-661-9055 |
| 9  | (福) 晃丘会 障害者支援施設ひばり                  | 宇都宮市竹下町 435-159                | 028-670-0330 |
| 10 | (特非) うりずん                           | 宇都宮市徳次郎町 365-1                 | 028-601-7733 |
| 11 | (株) A&C Support 最初の一步               | 宇都宮市御幸ヶ原町 142-60               | 028-688-7225 |
| 12 | (福) 善隣学園 ルンビニー園                     | 足利市樺崎 1706                     | 0284-41-5622 |
| 13 | (福) なすびの里 ゆうの家                      | 栃木市大光寺町 347-2                  | 0282-29-6111 |
| 14 | (福) すぎのこ会 あすなろ                      | 栃木市大皆川町 572-2                  | 0282-20-8338 |
| 15 | (福) すぎのこ会 もくせいの里                    | 栃木市大平町西山田 1198                 | 0282-43-0593 |
| 16 | (福) すぎのこ会 ひのきの杜                     | 栃木市岩舟町曲ヶ島 806-1                | 0282-54-3131 |
| 17 | (福) すぎのこ会 ひのきの杜共生                   | 栃木市岩舟町曲ヶ島 806-1                | 0282-54-3131 |
| 18 | (福) あゆみ園                            | 栃木市皆川城内町 333-2                 | 0282-31-1755 |
| 19 | (特非) より道                            | 日光市大沢町 23                      | 0288-23-8211 |
| 20 | (福) 洗心会 サンフラワー療護園                   | 小山市大字出井 1936                   | 0285-22-1109 |
| 21 | (福) ソフィア会 社会就労センターえいぶるの里            | 小山市東島田 2403-2                  | 0285-22-4561 |
| 22 | (福) パステル 多機能型事業所フロンティアおやま           | 小山市出井 290                      | 0285-25-1110 |
| 23 | (福) 飛山の里福祉会 真岡ハートヒルズ                | 真岡市西田井 747-1                   | 0285-83-6105 |
| 24 | (福) 飛山の里福祉会 ハート二宮 (長沼そうそう)          | 真岡市砂ヶ原 1280                    | 0285-81-3620 |
| 25 | (福) 恵友会 桜花                          | さくら市氏家 1799-1                  | 028-681-6720 |
| 26 | 学校法人むつみ学園 むつみ愛泉幼稚園                  | 下野市柴 769-17                    | 0285-44-0405 |
| 27 | (福) はくつる会 工房つばさ                     | 下野市箕輪 425-1                    | 0285-40-0388 |
| 28 | (株) アースライン 太陽                       | 下野市下古山 3305-1                  | 0285-39-6361 |
| 29 | 多機能型重症児デイサービス DAIJI                 | 下野市薬師寺 2859-3                  | 0285-39-7916 |
| 30 | (有) ケアサポートセンタービスケット                 | 上三川町大字上三川 5061-1               | 0285-56-3226 |
| 31 | 上三川ふれあいの家ひまわり                       | 上三川町大字上三川 5082-15              | 0285-38-6821 |
| 32 | 上三川町こども発達支援センター おひさまの家              | 上三川町大字上蒲生 2108                 | 0285-37-6716 |
| 33 | (特非) 一期一笑かみのかわ いちえみ                 | 上三川町しらさぎ 1-22-7<br>コーポ白鷺 V-101 | 0285-38-8754 |
| 34 | パワードリーム(株) サポートちから                  | 上三川町大字上三川 5067-4               | 0285-56-5772 |
| 35 | (福) 益子のぞみの里福祉会 ほっとクラブみさと            | 益子町大沢 2800-1                   | 0285-72-9767 |
| 36 | (福) せせらぎ会                           | 壬生町大字安塚 2032                   | 0282-86-0059 |
| 37 | (福) 壬生町社会福祉協議会 むつみの森                | 壬生町壬生甲 3843-1                  | 0282-81-0235 |
| 38 | (福) ビアしらとり                          | 茨城県筑西市小埜 861                   | 0296-25-0833 |

## (6) 地域活動支援センター事業

### ① 地域活動支援センターとは

障がいのある方に、地域の実情に応じて、創作的活動又は生産活動の機会の提供を行い、日常生活の向上を支援するものです

### ② 対象者

ア 町内に住所を有する18歳以上の障がい者

イ 地域生活を送るために支援を必要とする方で、次のすべてに該当する方

- ・社会復帰の意欲のある方      ・他の方と協力して活動できる方
- ・家族の同意がある方

### ③ 活動内容

調理実習、製作活動、外出（外食、公共施設）、ボランティア活動

### ④ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128

FAX：56－6868

イ 必要書類

(ア) 地域活動支援センター利用申込書

(イ) 同意書

(ウ) マイナンバー（P2.⑧参照）

(エ) 各種障害者手帳または、自立支援医療受給者証

### ⑤ 開所日時

月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

※ 外出プログラムの際は、職員が不在になることがあります。予めご了承ください。

### ⑥ 所在地

上三川町大字上三川5082－15

上三川ふれあいの家ひまわり内 地域活動支援センター ぐるっぽ

### 【見学のご案内】

月曜日～金曜日の午前9時～午後4時の間で見学可能です。

無料でご案内いたします。詳しくはお気軽にお電話ください。

(対象) 上三川町内に住所を有する社会参加に興味のある方、今後の利用のために見学をしてみたい方（ご本人、ご家族、知人、関係者等）

(連絡先) 0285－38－6821



地域活動支援センター  
ぐるっぽ案内図

## (7) 自動車改造助成事業

### ① 自動車改造助成事業とは

自ら運転する自動車への運転適性検査結果を満たす制動装置等の取り付け、改造するための経費について助成を行い、重度の身体障がい者の方の社会参加や就労等を目的とした事業です。自動車改造後の申請は認められませんのでご注意ください。

### ② 対象者 次の要件をすべて満たす身体障がい者

ア 町内に居住し、住民基本台帳に記載されている方で満18歳以上の方

イ 身体障害者手帳の交付を受け、上肢下肢又は体幹機能障がいの級別の表示が1級又は2級に該当する方

ウ 改造助成を行う月の属する年の前年の所得税課税所得金額が当該月の特別障害者手当の所得制限限度額を超えない方

### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128

FAX：56－6868

イ 必要書類

#### ◆ 申請時（改造前）◆

(ア) 自動車改造助成事業申請書

(イ) 所得税状況等調査書（町が課税額等を調査することの同意書）

(ウ) 県警察本部長の発行する運転適性検査結果通知書又はこれに準ずる書類

(エ) 車検証の写し（リース車などの場合、改造することの承諾書等）

(オ) 業者の改造見積書（身体障がい者本人名義）及び改造図

(カ) 改造前の写真（撮影日がわかるもの）

(キ) マイナンバー（P2.⑨参照）

※ 1月2日以降に転入された方は前住所地の課税証明書

◆ 請求時（改造後）◆

- (ア) 自動車改造助成事業費請求書
  - (イ) 領収書
  - (ウ) 自動車改造助成事業決定通知書の写し
  - (エ) 改造後の写真（撮影日がわかるもの）
- ④ 給付額 改造に要する経費、ただし10万円を限度

## （８）自動車運転免許取得助成事業

- ① 自動車運転免許取得助成事業とは  
身体障がい者の方の自動車の運転免許取得に要する費用の一部を助成し、就労等社会活動への参加を促進することを目的とした事業です。
- ② 対象者
- ア 次の要件をすべて満たす身体障がい者
- (ア) 町内に居住し、住民基本台帳に記載されている身体障がい者の方
  - (イ) 所得税非課税世帯又は所得税の年額が32,400円以下の世帯に属する方
- イ 上記の要件を満たした者のうち、次のいずれかに該当する方
- (ア) 肢体不自由であって栃木県本部長の実施する身体障がい者に係る運転適性検査の結果、クラッチ、ブレーキ、アクセルその他の装置について改造された車両に限定されて運転の適性を認められた方
  - (イ) 聴覚障害の程度が2級又は3級であって、補聴器を使用しても音声による通常会話ができない方
- ③ 申請手続き
- ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128  
FAX：56－6868
- イ 必要書類
- (ア) 自動車運転免許取得助成事業申請書
  - (イ) 免許取得に要した費用の領収証の写し  
(自動車教習所に係る入校・入所料、学科教習料、技能講習料、運転免許試験にかかる料金の合計)
  - (ウ) 免許証の写し
  - (エ) マイナンバー(P2.⑩参照)
- ※ 1月2日以降に転入された方は前住所地の課税証明書



④ 給付額

| 区 分                    | 給 付 額       |
|------------------------|-------------|
| 所得税非課税世帯に属する方          | 実費（限度額18万円） |
| 所得税年額32,400円以下の世帯に属する方 | 実費（限度額9万円）  |



## (9) タクシー料金助成事業

### ① 目的

重度障がい者の方にタクシーの利用券を交付し、交通手段の援助を行い、社会参加の促進を図ります。

### ② 対象者

ア 身体障害者手帳1級、2級の方

イ 療育手帳A1、A2の方

ウ 精神障害者保健福祉手帳1級の方

※入院・入所している方は対象外となります。

### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）

電話：56-3166 FAX：56-3164

イ 持参するもの

（ア）障害者手帳

（イ）印鑑

④ 交付枚数 年間50枚（1枚500円）

⑤ 支給期間 4月1日～翌年2月末日まで

### ⑥ 協定業者

| 業者名              | 電話番号          | 業者名          | 電話番号         |
|------------------|---------------|--------------|--------------|
| ○(一社)にじみる号       | 0285-56-7775  | ◎あおば介護タクシー   | 028-678-3570 |
| ○かねこ介護移送サービス     | 070-4114-2525 | ◎みどり交通(有)    | 028-286-0241 |
| ○栃木交通タクシー        | 0285-52-2400  | ◎つばめケアタクシー   | 028-623-1077 |
| ○宇都宮モビリティサービス(株) | 0120-622-333  | ◎介護タクシーエムケア  | 0285-53-8133 |
| ○介護タクシーポプラ       | 090-2317-4007 | 石橋タクシー(株)    | 0285-53-1157 |
| ◎矢野タクシー          | 0120-666-385  | 小金井タクシー(株)   | 0120-861-834 |
| ◎福祉タクシー 太陽       | 090-5822-2973 | 潮田タクシー(株)    | 0120-008-969 |
| ◎(株)関東特殊         | 0120-73-1199  | (有)雀タクシー     | 028-653-1242 |
| ◎福祉タクシークローバー     | 0120-4747-00  | (有)陽西タクシー    | 028-622-0755 |
| ◎(有)カインドリー福祉タクシー | 028-635-0122  | 国分寺タクシー(有)   | 0120-446-450 |
| ◎(有)うつのみや介護タクシー  | 0120-157-773  | 関東交通(株)石橋営業所 | 0120-530-840 |
| ◎福祉タクシーケア・クルーズ   | 090-5565-0118 | 北斗交通(株)      | 028-611-3961 |

※ ○印は車いす利用可。◎印は車いす、ストレッチャー利用可  
詳細は、各業者にお問い合わせください。



## 4 日常生活の援助



### (1) 補装具費の支給

#### ① 補装具費支給とは

補装具の交付・修理によって身体上の障がいを補って、日常生活や職業生活をしやすくし、日常生活の便宜を図るため、補装具に係る費用を支給するものです。

#### ② 補装具の種類及び補装具費支給対象者

| 対 象 者  | 補 装 具 の 種 類                                                                            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 視覚障がい者 | 視覚障がい者安全つえ、義眼、眼鏡                                                                       |
| 聴覚障がい者 | 補聴器                                                                                    |
| 肢体不自由者 | 義肢、装具、座位保持装置、車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助つえ、重度障がい者用意思伝達装置（車載用姿勢保持装置、起立保持具、排便補助具）<br>※（ ）内は児童のみ対象 |
| 難病患者   | 車いす、電動車いす、歩行器、重度障がい者用意思伝達装置、整形靴                                                        |

#### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128

FAX：56－6868

イ 必要書類

##### ◆初めての申請の場合◆

(ア) 補装具費（購入・修理）支給申請書

(イ) 補装具費支給医師意見書

(ウ) 身体障害者手帳〔難病患者の方は特定医療費（指定難病）受給者証又は小児慢性特定疾病医療費受給者証〕

(エ) マイナンバー（P 2. ⑪参照）

##### ◆再購入又は修理の申請の場合◆

※ 内容によって、医師意見書が必要な場合があります。

(ア) 補装具費（購入・修理）支給申請書

(イ) 身体障害者手帳〔難病患者の方は特定医療費（指定難病）受給者証又は小児慢性特定疾病医療費受給者証〕

(ウ) マイナンバー（P 2. ⑪参照）

※ 申請前に購入、修理した場合は、補装具費支給の対象にはなりません。

※ 補装具は耐用年数が決められており、原則耐用年数内の再購入はできません。

※ 介護保険で車いすを利用されている方（レンタルを含む）、介護保険の施設に入所している方については、障害者総合支援法に基づく補装具の車いすの購入サービスを受けることができません。

※ 労災保険での給付が受けられる方、治療用装具で購入される方については、障害者総合支援法に基づく補装具費支給のサービスを受けることができません。

④ 利用者負担額

【補装具における世帯の定義】

- ・ 障がい者（１８歳以上） ☞ 本人と配偶者を世帯とみなします。
- ・ 障がい児（１８歳未満） ☞ 住民票に載っている全ての方を世帯とみなします。

| 課税状況   |                 |                              | 負担割合                         | 利用者負担上限月額 |
|--------|-----------------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| 生活保護世帯 |                 |                              | 負担なし                         | ０円        |
| 非課税世帯  |                 |                              | 負担なし                         | ０円        |
| 課税世帯   | 障がい児            |                              | 費用の１割                        | ３７，２００円   |
|        | 障がい者<br>（１８歳以上） | 市町村民税所得割の最多納税者の納付額が４６万円未満の世帯 |                              |           |
|        |                 |                              | 市町村民税所得割の最多納税者の納付額が４６万円以上の世帯 | 全額利用者負担   |

◆ 利用者負担額の支払い

- ア 町へ補装具費支給申請をする。
- イ 町から補装具費支給決定通知書が交付される。
- ウ 補装具購入（修理）費の利用者負担分を業者に支払う。
- エ 町が業者に、利用者負担分以外の金額を支払う。

## （２）軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業

① 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業とは

成長期における言語能力の健全な発達及びコミュニケーション能力の向上を図るため、軽度・中等度難聴児の補聴器購入等経費の３分の２を助成します。

② 対象者

両耳の聴力レベルが３０dB以上７０dB未満の１８歳未満の児童

③ 申請手続き

- ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：５６－９１２８  
FAX：５６－６８６８

イ 必要書類

◆初めての申請の場合◆

- （ア）軽度・中等度難聴児補聴器購入経費（購入・修理）支給申請書
- （イ）軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書
- （ウ）見積書
- （エ）マイナンバー（P 2. ⑫参照）

◆再購入又は修理の申請の場合◆

上記（ア）（ウ）（エ）



### (3) 安否確認・緊急通報システム貸与事業

緊急事態に対応できる安否確認機能の付いた緊急通報装置（固定電話をお持ちの場合は本体・持ち歩き用ペンダント型発信器・センサー、携帯電話のみをお持ちの場合は携帯端末型緊急通報装置）を貸与いたします。（緊急通報先は民間のセンター（以下「センター」といいます。）となります。）

#### ① 対象となる方

健康状態・身体状況に不安があり、緊急時に迅速に行動することが困難な次のア〜ウのいずれかに該当する方

ア おおむね65歳以上のひとり暮らしの高齢者

イ おおむね65歳以上の高齢者のみの世帯の方

ウ 身体障害者手帳1級又は2級のひとり暮らしの身体障がい者

#### ② 事業内容

○安否確認（センサーの貸与を受けている方のみ）

壁などに設置されたセンサーにより、常に安否確認が行われます。万一、設置されたセンサーが24時間無反応の時には、センターに自動発信します。

○緊急通報

本体、ペンダント又は携帯端末型緊急通報装置の通報ボタンを押すことにより、センターに自動発信します。

○定期的に、センターからお伺い電話をかけています。何度かけてもつながらない場合、協力者の方に連絡し、様子を確認していただくことがあります。

#### ③ 費用負担

通信料金、修理代金等が発生した場合は利用者負担となります。

#### ④ 申請方法

上記ア・イいずれかの条件を満たす方は在宅介護支援センター、上記ウの条件を満たす方は上三川町障がい児・者生活相談支援センターを通じ申請書を健康福祉課に提出してください。

申請受付後に審査を行い、利用決定の後、緊急通報装置の貸与を行います。

#### ⑤ 問い合わせ先 健康福祉課 高齢者支援係 電話：56-9191

#### (4) 災害時要援護者届出制度（通称:災害時地域たすけあい届出制度）

災害発生時には、まずは「自分の命は自分で守ること」が基本です。しかし、なかには自力での避難が困難で、何らかの支援が必要な方（要援護者）がいます。

この制度は、支援を必要とする方が、氏名や住所、本人の状態、緊急連絡先などを、地域の支援者等と情報を共有することで、災害が起きたときに安全かつ速やかに行動ができるよう備えておくものです。。

※ 災害や避難支援者の状況によっては、必ずしも支援を受けられるとは限りませんが、名簿は支援者等で共有するため、避難できずに現場に残されてしまうリスクを下げるすることができます。

##### ① 対象者

在宅で生活をしていて、災害時に何らかの支援が必要で、家族等の支援を受けられない方を対象とします。

ア 身体・知的・精神に障害をお持ちの方及び指定難病の方

イ 高齢者（65歳以上でひとり暮らし、又は高齢者のみの世帯等）

ウ 要介護認定を受けている方

エ 上記以外で、支援を必要とする方

##### ② 届出方法

届出される方は、役場健康福祉課にご連絡いただくか、町ホームページから届出書をダウンロードし、ご提出ください。代理による届出も可能です。

##### ③ 届出について

- ・ 支援をしてくれる方（避難支援者）を決める必要があります。
- ・ 支援に必要な個人情報を地域の支援者（本人が指定する支援者の他、自治会や民生委員・児童委員等）に提供することへの同意が必要です。

##### ④ 「避難支援者」とは・・・

災害が起きたときに、支援を必要とする方が速やかに避難できるよう、情報伝達・安否確認・避難支援をする方です。

##### ⑤ 問い合わせ先 健康福祉課 社会福祉係 電話：56－9190

FAX：56－6868

## (5) 車いすの貸出



### ① 対象者

車いすを必要とする方（上三川町在住の方）

### ② サービスの内容

突然のけがや事故の時、また、介護保険適用までのつなぎ等としてご利用ください。ただし最長6ヶ月ごとの申請となります。（※子供用の車いすもあります。）

### ③ 申請手続き

申請窓口 上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）

電話：56-3166 FAX：56-3164

### ④ 利用料 無料

## (6) 福祉車両の貸出

車いす使用者、障がいのある方、虚弱な高齢者に車いすのまま乗ることが出来る軽福祉車両「いきいき号」とリフト付き福祉車両「どリーむ号」をお貸しします。

### ① 貸出要件対象者

ア 肢体不自由で車いすを常時使用している方、寝たきり等で車いす使用が必要と認められる方で上三川町在住の方

イ 運転者が上三川町在住の方（町外に住む車いす使用親族の送迎等）

### ② 貸出内容

3日以内を原則として貸し出します。車両については、利用者の家族又は親戚等の関係者が運転してください。

### ③ 利用登録

利用を希望する場合は、事前に登録の手続きが必要です。

### ④ 登録及び申請手続き

ア 登録及び申請窓口 上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）

電話：56-3166 FAX：56-3164

イ 提出書類 ・登録申請書（初回のみ：緊急時の連絡先記入欄があります）・貸出申請書

※運転免許証をご持参ください。

### ⑤ 利用料

無料。ただし、燃料費については走行距離1キロメートルあたり15円をお支払い頂きます。

## (7) 生活福祉資金の貸付

### ① 目的

障がい者世帯等の方に対して、資金の貸付けと必要な相談支援を行うことにより、その経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図り、安定した生活が送れるようにすることを目的としています。

### ② 申請手続き

上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）

電話：５６－３１６６      FAX：５６－３１６４

### ③ 貸付対象経費別の貸付上限額・償還期間の目安一覧

| 貸付対象経費                                                                                 | 貸付条件         |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
|                                                                                        | 貸付上限額<br>の目安 | 償 還<br>期 間 |
| 生業を営むために必要な経費                                                                          | 460 万以内      | 20 年       |
| 技能習得に必要な経費、及びその期間中の生計を維持するために必要な経費                                                     | ※1           | 8 年        |
| 住宅の増改築、補修等及び公営住宅の譲り受けに必要な経費                                                            | 250 万以内      | 7 年        |
| 福祉用具等の購入に必要な経費                                                                         | 170 万以内      | 8 年        |
| 障がい者用自動車の購入に必要な経費                                                                      | 250 万以内      | 8 年        |
| 負傷又は疾病の療養に必要な経費（健康保険の例による医療保険の自己負担額のほか、移送経費等、療養に付随して要する経費を含む）及びその療養期間中の生計を維持するために必要な経費 | ※2           | 5 年        |
| 介護サービス、障がい者サービス等を受けるのに必要な経費（介護保険料を含む）及びその期間中の生計を維持するために必要な経費                           | ※3           | 5 年        |
| 災害を受けたことにより臨時に必要となる経費                                                                  | 150 万以内      | 7 年        |
| 冠婚葬祭に必要な経費                                                                             | 50 万以内       | 3 年        |
| 住居の移転等、給排水設備等の設置に必要な経費                                                                 | 50 万以内       | 3 年        |
| 就職、技能習得等の支度に必要な経費                                                                      | 50 万以内       | 3 年        |
| その他日常生活上一時的に必要な経費                                                                      | 50 万以内       | 3 年        |

※1 技能を習得する期間が6月程度：130万円以内、1年程度：220万円以内、2年程度：400万円以内、3年程度：580万円以内

2 療養期間が1年を越えない時は170万円、1年を超え1年6月以内であって、世帯の自立に必要な時は230万円以内

3 介護サービスを受ける期間が1年を越えない時は170万円以内、1年を超え1年6月以内であって、世帯の自立に必要な時は230万円以内

## (8) 成年後見サポートセンター

### ① 目的

判断能力が十分でなく日常生活を営むのに支障がある高齢者や障がい者の方が、地域で安心して生活を送れるよう成年後見制度に関するご相談をお受けします。

### ② 支援の内容

成年後見制度及び権利擁護に関する相談、成年後見制度の利用に関する支援、成年後見人・保佐人及び補助人等への支援

### ③ 相談窓口

上三川町社会福祉協議会（上三川いきいきプラザ内）

電話：５６－３１６６      FAX：５６－３１６４

## (9) 日常生活自立支援事業「あすてらす」

### ① 目的

高齢者や障がい者の方々が、利用契約型の福祉社会の中で、社会的に不利益を被らないように、その権利を擁護しながら地域で安心して自立した生活が送れるよう支援します。

### ② 対象者

認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者などで、判断能力が十分でなく、日常生活での福祉サービス利用や金銭管理等がうまくできない方で、援助を希望する意志のある方。

### ③ 支援の内容

#### ア 福祉サービスの利用援助

サービスについての情報提供や契約等の代行などを実施します。

#### イ 日常的な金銭管理

本人に代わり、預貯金のおし入れや各種料金の支払い、年金等の受領確認等を実施します。

#### ウ 書類等預かり管理

預金通帳や権利書や印鑑等を安全に保管します。

### ④ 利用料金

| サービスの種類              | 料 金         |
|----------------------|-------------|
| 相談                   | 無料          |
| 福祉サービスの利用援助、金銭管理サービス | 1,000 円／1 回 |
| 書類等預かりサービス           | 500 円／1 月   |

※ 生活保護を受けている方は利用料金が免除されます。

### ⑤ 相談窓口

上三川町社会福祉協議会地域福祉係（上三川いきいきプラザ内）

電話：５６－３１６６      FAX：５６－３１６４

## 5 医療費の助成

### (1) 重度心身障害者医療費の助成

#### ① 重度心身障害者医療費の助成とは

重度心身障がい児・者の健康を確保するため、病院で受診の際に健康保険証で受けた医療費の自己負担分（65歳以上で後期高齢者医療制度に加入していない方は1割相当分）を助成する制度です。

#### ② 対象者

次のいずれかに該当する方

ア 身体障害者手帳1・2級と同程度の障がいを有する方

イ 療育手帳A1と判定された方、知能指数が35以下の方

ウ 身体障害者手帳3級・4級の障がいの程度と同程度の障がいを有する方、かつ知能指数が50以下と判定された方

エ 精神障害者保健福祉手帳1級と認定された方

#### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128

FAX：56－6868

イ 重度心身障害者医療費受給資格者証交付手続き

○ 必要書類等

(ア) 受給資格の有無がわかるもの（各障害手帳もしくは同程度以上と判定された診断書）

(イ) 加入医療保険の記号及び番号がわかるもの

ウ 医療費助成の手続き

○ 必要書類等

(ア) 重度心身障害者医療費受給資格者証

(イ) 加入医療保険の記号及び番号がわかるもの

(ウ) 重度心身障害者医療費助成申請書（窓口に用意してあります）

(エ) 病院・薬局の領収書

※ 助成金の支給日は、窓口でお知らせしています。

※ 医療費助成の請求は、受診した月の翌月1日から1年間が有効期間となります（1年を過ぎた場合は、請求できません。）。

（例）2025年4月に受診した場合

**請求期間** 2025年5月1日から2026年4月30日まで

※ 初めて申請する場合や振込先を変更する場合は、申請書に振込先を記入してください。

※ 健康保険を変更した場合は、変更手続きが必要です。



## (2) 自立支援医療（更生医療）

### ① 自立支援医療（更生医療）とは

身体に障害を持つ方の障害の程度を軽くしたり、障害を取り除いて日常生活や職業能力を高めたりする医療を指定医療機関で受ける場合に、その医療費の一部を公費で負担する制度です。

### ② 対象者

18歳以上で身体障害者手帳の交付を受けている方

### ③ 対象となる障害と標準的な治療の例

| 障 害    | 治 療 の 例                                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 肢体不自由  | 関節拘縮/関節強直→形成術、人工関節置換術等                                                                |
| 視覚障害   | 白内障 →水晶体摘出手術 網膜剥離→網膜剥離手術<br>瞳孔閉鎖→虹彩切除術 角膜混濁→角膜白斑、角膜移植術                                |
| 聴覚障害   | 外耳性難聴→形成術 感音性難聴→人工内耳術<br>鼓膜穿孔→穿孔閉鎖術 鼓膜癒着/耳管閉塞→鼓膜剥離術等                                  |
| 心臓機能障害 | 先天性疾患→弁口、心室心房中隔に対する手術<br>後天性心疾患→ペースメーカー埋込み手術                                          |
| 腎臓機能障害 | 人工透析療法、腎臓移植術（抗免疫療法を含む）                                                                |
| 言語機能障害 | 外傷性又は手術後に生じる発音構語障がい→形成術等<br>唇顎口蓋裂に起因した音声・言語機能を伴う者であって鼻咽腔閉鎖機能不全に対する手術以外に歯科矯正が必要な者→歯科矯正 |
| 小腸機能障害 | 中心静脈栄養法                                                                               |
| 免疫機能障害 | 抗H I V療法、免疫調節療法、その他H I V感染症に対する治療                                                     |
| 肝臓機能障害 | 肝臓移植術（抗免疫療法を含む）                                                                       |

これらの医療に付随する診察、検査、薬剤、病院等入院、看護（訪問看護も含む）、移送等も対象となります。

④ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：５６－９１２８ FAX：５６－６８６８

イ 必要書類

- (ア) 自立支援医療支給認定申請書
- (イ) 自立支援医療（更生医療）意見書
- (ウ) 市町村民税調査同意書
- (エ) 加入医療保険の記号及び番号がわかるもの
- (オ) 特定疾病療養受療証の写し（人工透析の方）
- (カ) 市町村民税非課税世帯の方で年金受給者は年金額が分かるものの写し
- (キ) マイナンバー（P 2. ⑬参照）

⑤ 利用者負担の額

自己負担は原則として医療費の１割負担ですが、世帯の所得水準に応じて１月あたりの上限額が設定されます。

なお、所得の状況によっては制度の対象外となることがあります。

| 生活保護             | 低所得 1               | 低所得 2               | 中間所得 1                | 中間所得 2                            | 一定所得以上              |
|------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 生活<br>保護<br>世帯   | 市町村民税非課税世帯          |                     | 市町村民税課税世帯             |                                   |                     |
|                  | 本人収入<br>800,000 円以下 | 本人収入<br>800,001 円以上 | 所得割額<br>33,000 円未満    | 所得割額<br>33,000 円以上<br>235,000 円未満 | 所得割額<br>235,000 円以上 |
| 負担<br>上限額<br>0 円 | 負担上限額<br>0 円        | 負担上限額<br>0 円        | 負担上限額<br>医療保険の自己負担限度額 |                                   | 自立支援医療<br>の対象外      |
|                  |                     |                     | 重度かつ継続（※）             |                                   |                     |
|                  |                     |                     | 負担上限額<br>5,000 円      | 負担上限額<br>10,000 円                 | 負担上限額<br>20,000 円   |

（※）「重度かつ継続」

腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、肝臓機能障害及び高額な費用負担が継続する方

### (3) 自立支援医療（育成医療）

① 自立支援医療（育成医療）とは

身体障がい児の障がいの程度を軽くしたり、障害を取り除いて日常生活能力を高めたりする医療を指定医療機関で手術等を受ける場合に、その医療費の一部を公費で負担する制度です。

② 対象者

18歳未満の児童で、下記の機能障害（将来機能障害が見込まれるものを含む。）があり、手術等により確実な治療効果が期待でき、機能回復が見込まれる方

- (ア) 肢体不自由
- (イ) 視覚障害
- (ウ) 聴覚、平衡機能障害
- (エ) 音声、言語、そしゃく機能障がい
- (オ) 心臓機能障害
- (カ) 腎臓機能障害
- (キ) 小腸機能障害
- (ク) 肝臓機能障害
- (ケ) 呼吸器、ぼうこう、直腸機能障害及びその他の内臓機能障害
- (コ) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

③ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128 FAX：56－6868

イ 必要書類

- (ア) 自立支援医療支給認定申請書
- (イ) 自立支援医療（育成医療）意見書
- (ウ) 市町村民税調査同意書
- (エ) 加入医療保険の記号及び番号がわかるもの
- (オ) マイナンバー(P2.⑭参照)

④ 利用者負担の額

自己負担は原則として医療費の1割負担ですが、世帯の所得水準に応じてひと月あたりの上限額が設定されます。なお、所得の状況によっては制度の対象外となることがあります。

#### (4) 自立支援医療（精神通院医療）

##### ① 精神通院医療とは

精神疾患をお持ちの方が、継続して通院する必要がある場合に、その医療費の自己負担分を公費で負担する制度です。

各都道府県や各政令指定都市から指定を受けた病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等でこの制度を利用することができます。

##### ② 申請（新規・更新）手続き

###### ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128 FAX：56－6868

###### イ 必要書類

(ア) 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

(イ) 医師の診断書（精神通院医療用）

ただし、次の場合は医療用診断書を省略することができます。

A 精神障害者保健福祉手帳〔診断書添付〕と同時に申請する場合

B 直近の申請時点から症状の変化や治療方針に変更がない場合

**※ 再認定（継続）申請は、診断書の提出は2年に1回になります。**

(ウ) 市町村民税調査同意書

（1年以内に転入された方は転入前の市町村からの「市町村民税の課税額が分かる証明書」またはマイナンバーの提出が必要です。）

(エ) 加入医療保険の記号及び番号がわかるもの

(オ) 市町村民税非課税世帯の方で年金受給者は年金額がわかるものの写し

(カ) マイナンバー（P2. ⑮参照）

(キ) 再認定・変更申請の場合、現在お持ちの受給者証（受給内容確認のため）

###### ウ 備考

- ・ 自立支援医療費（精神通院医療）の支給が認定されると、「自立支援医療受給者証（精神通院）」と「自己負担上限額管理票」が交付されます。受給者証に記載された医療機関に受診の際は、必ずお持ちになってください。
- ・ 有効期限は1年間で、継続して受診される方は毎年更新手続きが必要となります。なお、更新手続きは、有効期限の3か月前から可能です。

##### ③ その他申請手続き

| 区 分             | 申請書 | 健康保険証等 | 受給者証  |
|-----------------|-----|--------|-------|
| 紛失・破損           | ○   |        | ○（破損） |
| 氏名・住所が変わったとき    | ○   |        | ○     |
| 保険が変わったとき       | ○   | ○      | ○     |
| 所得区分・医療機関が変わるとき | ○   |        | ○     |
| 返還（死亡・精神障がいの消失） | ○   |        | ○     |

#### ④ 自己負担額

原則 1 割負担となり、受診者本人や世帯員の市町村民税の課税額等により、毎月の自己負担額の上限額が決定されます。

| 一定所得以下     |                                   |                                   | 中間的な所得                      |                                            | 一定所得以上                        |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|
| 〔生保〕       | 〔低 1〕                             | 〔低 2〕                             | 〔中間 1〕                      | 〔中間 2〕                                     | 〔一定以上〕                        |
| 生活保護<br>世帯 | 市町村民税<br>非課税世帯<br>本人収入額<br>≤80 万円 | 市町村民税<br>非課税世帯<br>本人収入額<br>>80 万円 | 市町村民税<br>の所得割額<br><3 万 3 千円 | 3 万 3 千円 ≤<br>市町村民税<br>の所得割額<br><23 万 5 千円 | 市町村民税の所得割額<br>≥23 万 5 千円      |
| 負担額<br>0 円 | 負担上限額<br>2,500 円                  | 負担上限額<br>5,000 円                  | 負担上限額<br>医療保険の自己負担限度額       |                                            | 公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合・負担限度額) |
|            |                                   |                                   | 重度かつ継続 (※)                  |                                            |                               |
|            |                                   |                                   | 負担上限額<br>5,000 円            | 負担上限額<br>10,000 円                          | 負担上限額<br>20,000 円             |

(※) 「重度かつ継続」

統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障がい、薬物関連障がい（依存症等）の方または3年以上の精神医療の経験を有する医師によって集中・継続的な医療を要すると判断された方、及び医療保険の高額療養費で多数該当（直近1年間で高額療養費3回以上受給）の方

#### ⑤ 世帯の範囲の考え方

「世帯」の範囲は、住民票上の家族ではなく、同じ医療保険に加入している家族を同一世帯とみなします。同じ医療保険に加入している場合であっても、配偶者以外であれば税制と医療保険のいずれにおいても扶養しないことにした場合には、別の世帯とみなすことが可能となります。

- ※ 社会保険の場合 → 被保険者の所得割額によって負担上限が決定します。
- ※ 国民健康保険の場合 → 世帯内の国民健康保険被保険者全員の所得割額の合計によって負担上限額を決定します。
- ※ 後期高齢者医療制度の場合 → 後期高齢者医療制度に加入している方全員の所得割額の合計によって負担上限額を決定します。

処方された薬は、きちんと飲みましょう。  
ストレスを感じていたり、幻聴や幻覚で悩んでいたりする方は、町の保健師が相談に応じますので、お気軽にご相談ください。



## (5) 後期高齢者医療制度への移行

### ① 後期高齢者医療制度とは

75歳以上の方と一定の障がいがあると認定された65歳以上75歳未満の方が加入する医療保険制度で、栃木県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」といいます。）が運営しています。

### ② 自己負担割合

|          | 住民税課税所得<br>(※ 総所得金額等から各種所得控除を差し引いて算出したもの) | 自己負担割合 |
|----------|-------------------------------------------|--------|
| 現役並み所得者  | 145万円以上の被保険者及びその方と同じ世帯の被保険者               | 3割     |
| 一般Ⅱ      | 28万円以上の被保険者及びその方と同じ世帯の被保険者                | 2割     |
| 一般Ⅰ・低所得者 | 上記「3割」「2割」の要件に該当しない被保険者                   | 1割     |

### ③ 65歳以上75歳未満で対象となる方（一定の障がいのある方）

ア 身体障害者手帳1級、2級、3級をお持ちの方

イ 身体障害者手帳4級をお持ちの方で、次のいずれかに該当される方

（ア）両下肢のすべての指を欠くもの

（イ）一下肢の下腿の1/2以上を欠くもの

（ウ）一下肢の著しい障害

（エ）音声・言語機能障害

ウ 療育手帳（A）をお持ちの方

エ 国民年金法等の障害年金1級、2級の方

オ 精神障害者保健福祉手帳1級、2級をお持ちの方

上記のア～オの障がいのある方で、申請により広域連合の認定を受けた日から対象となります。なお、後期高齢者医療制度への加入は任意です。

**※ 75歳の誕生日当日からは自動的に加入になり、手続きの必要はありません。**

### ④ 保険料

後期高齢者医療の保険料は、被保険者個人単位で算定、賦課されます。

なお、令和7年度の保険料は

| 均等割      |   | 所得割                      |   | 保険料          |
|----------|---|--------------------------|---|--------------|
| 45,600 円 | + | 基礎控除後の<br>総所得金額等 × 8.84% | = | 上限 80 万円（年額） |

**※ 所得の低い世帯には、保険料の軽減措置があります。**

### ⑤ 申請手続き

ア 申請窓口

住民課 国保年金係 電話：56－9134 FAX：56－6868

イ 必要書類

（ア）身体障害者手帳など障がいの状態のわかるもの

（イ）現在加入中の健康保険の資格が確認できるもの

(ウ)顔写真付き身分証明書

※ 特定疾病療養受療証をお持ちの方は必ず持参してください。

## 6 年金・手当

### (1) 障害基礎年金 (国民年金加入者)

#### ① 対象

国民年金に加入している間、または20歳前、もしくは60歳以上65歳未満に、初診日（障がいの原因となった病気やケガについて、初めて医師の診療を受けた日）のある病気やケガで、法令により定められた障害等級表（1級・2級）による障がいの状態にあるときは障害基礎年金が支給されます。

※ 18歳到達年度の末日までにある子（障がい者は20歳未満）がいる場合は、子の人数によって加算が行われます。

※ 障害基礎年金を受けるためには、初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間に、保険料の納付と免除をあわせた期間が3分の2以上であること、または初診日のある月の前々月までの直近1年間に保険料の未納がないことが条件（保険料納付要件）です。

#### ② 申請窓口

住民課 国保年金係 電話：56－9134 FAX：56－6868

### (2) 障害厚生年金 (厚生年金加入者)

#### ① 対象

厚生年金に加入している間に初診日のある病気やケガで障害基礎年金1級または2級に該当する障がいの状態になったときは、障害基礎年金に上乗せして障害厚生年金が支給されます。

また、障がいの状態が2級に該当しない軽い程度の障がいのときは3級の障害厚生年金が支給されます。

なお、初診日から5年以内に病気やケガが治り、障害厚生年金を受けるよりも軽い障がいが残ったときには障害手当金（一時金）が支給されます。

※ 障害厚生年金・障害手当金を受けるためには、障害基礎年金の保険料納付要件を満たしている必要があります。

#### ② 申請窓口

宇都宮西年金事務所 電話 028－622－4281（代表）

〒320－8555 宇都宮市下戸祭2－10－20

### (3) 特別障害者手当

① 特別障害者手当とは

精神又は身体に重度の障がいがあるため、日常生活において常時特別の介護を要する障がい者に手当を支給し、福祉の向上を図ることを目的とした制度です。

② 対象者 20歳以上の在宅の重度障がい者で次の表の障がいに該当する方

|   |                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 下記（ア～キ）の障害が重複するもの                                                                       |
| ア | 両眼の視力がそれぞれ0.03以下のもの、又は一眼の視力が0.04、他眼の視力が手動弁以下のもの                                         |
| イ | 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの                                                                   |
| ウ | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢のすべての指を欠くもの又は両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するものを含む）                         |
| エ | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの又は両下肢の足関節以上で欠くもの                                                      |
| オ | 体幹の機能の障害により座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度のもの                                            |
| カ | 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの |
| キ | 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの                                                          |
| 2 | 1の障がいと同程度以上と認められる程度のもの                                                                  |

③ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128 FAX：56－6868

イ 必要書類

- （ア）特別障害者手当認定請求書
- （イ）診断書
- （ウ）所得状況届
- （エ）障がい者本人の戸籍謄本又は抄本
- （オ）住民票の写し（世帯全員のもの）
- （カ）通帳の写し（障がい者本人名義）
- （キ）年金証書の写し
- （ク）マイナンバー（P2. ⑩参照）

※ 障害者手帳をお持ちの方は診断書の提出を省略できる場合があります。

④ 支給額／支給月

月額 29,590円 ／ 5月、8月、11月、2月



⑤ 支給制限

次の場合は、支給されません。

ア 受給資格者又はその配偶者若しくは扶養義務者の前年の所得が一定額以上であるとき（受給資格者の所得には、非課税である障害基礎年金等を含みます）。

イ 社会福祉施設等の施設に入所している方、及び病院、診療所に3か月を超えて入院している方

## （４）特別児童扶養手当

① 特別児童扶養手当とは

心身に障がいのある20歳未満の児童を養育している父母、又はその養育者の負担を軽減し、福祉の向上を図ることを目的とした制度です。

② 対象者

下の表に掲げる障害を持つ20歳未満の児童を養育している父母又はその養育者

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 1<br>級 | ア 身体障害者手帳1・2級及び3級の一部の児童（内部障がいは診断書により判定） |
|        | イ 療育手帳A1・A2の児童                          |
|        | ウ 上記と同程度の障害があると認められる児童（診断書により判定）        |
| 2<br>級 | ア 身体障害者手帳3級及び4級の一部の児童（内部障害は診断書により判定）    |
|        | イ 療育手帳B1の児童（診断書により判定）                   |
|        | ウ 上記と同程度の障害があると認められる児童（診断書により判定）        |

③ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係      電話：56－9128    FAX：56－6868

イ 必要書類

（ア）特別児童扶養手当認定請求書

（イ）診断書

（ウ）振込先口座申出書

（エ）通帳の写し（請求者名義）

（オ）マイナンバー（P2. ⑪参照）

※ 障害者手帳をお持ちの方は診断書の提出を省略できる場合があります。

④ 支給額      1級：月額 56,800円    /    2級：月額 37,830円

⑤ 支給月      4月、8月、11月の年3回

⑥ 支給制限

次の場合は、支給されません。

ア 手当を請求する人（父母又は養育者等）の前年の所得が一定金額以上であるとき、又は手当を請求する人と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき

イ 児童が施設（通園施設は除く）に入所中のとき

ウ 児童が法に定める公的年金を受給しているとき（児童扶養手当との併給可）

## （５）障害児福祉手当

① 障害児福祉手当とは

日常生活において常時の介護を必要とする重度の障がい児（２０歳未満）に対して手当を支給し、福祉の向上を図ることを目的とした制度です。

② 対象者 下の表の障害の状態にある児童

- |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 両眼の視力がそれぞれ 0.02 以下のもの                                                                  |
| イ 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの                                                      |
| ウ 両上肢の機能に著しい障がいをもつもの                                                                     |
| エ 両上肢のすべての指を欠くもの                                                                         |
| オ 両下肢の用を全く廃したもの                                                                          |
| カ 両大腿を 2 分の 1 以上失ったもの                                                                    |
| キ 体幹の機能に座っていることができない程度の障害をもつもの                                                           |
| ク 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの |
| ケ 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの                                                         |
| コ 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であってその状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの                              |

③ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：５６－９１２８ FAX：５６－６８６８

イ 必要書類

- （ア）障害児福祉手当認定請求書
- （イ）診断書
- （ウ）所得状況届
- （エ）障害者本人の戸籍謄本又は抄本
- （オ）住民票の写し（世帯全員のもの）
- （カ）通帳の写し（障がい児本人名義）
- （キ）マイナンバー（P 2. ⑱参照）

※ 障害者手帳をお持ちの方は診断書の提出を省略できる場合があります。

④ 支給額／支給月 月額 16,100円／5月、8月、11月、2月

⑤ 支給制限

次の場合は、支給されません。

ア 受給資格者又はその配偶者若しくは扶養義務者の前年の所得が一定金額以上であるとき

イ 肢体不自由児施設等に入所している方

ウ 障害を支給事由とする年金給付を受けている方

## (6) 児童扶養手当

① 児童扶養手当とは

父母の離婚、父母が下記の障がいの状態にあるなどで、父又は母と生計を同じくしていない子どもが育成される家庭（ひとり親家庭）の生活の安定と自立の促進に寄与し、子どもの福祉の推進を図ることを目的とした手当です。

② 対象者

父(母)がいないとき及び父(母)が次の障害の状態にある家庭の児童の母(父)、又は父(母)にかわってその児童を養育している方。

〔父又は母の障がいの程度は下の表のとおり〕

|   |                                                                                              |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア | 両眼の視力がそれぞれ0.03以下のもの                                                                          |
| イ | 一眼の視力が0.04、他眼の視力が手動弁以下のもの                                                                    |
| ウ | ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼のI/4指標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつI/2指標による両眼中心視野角度が28度以下のもの                  |
| エ | 自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの                                            |
| オ | 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの                                                                        |
| カ | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                           |
| キ | 両上肢のすべての指を欠くもの                                                                               |
| ク | 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの                                                                     |
| ケ | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                           |
| コ | 両下肢の足関節以上で欠くもの                                                                               |
| サ | 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの                                                |
| シ | 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの                                  |
| ス | 精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの                                              |
| セ | 傷病が治らないで、身体の機能又は精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するものであって、厚生労働大臣が定めるもの |

③ 申請手続き

ア 申請窓口

子ども家庭課 相談支援係 電話：５６－９１３７ FAX：５６－６８６８

イ 必要書類

(ア) 児童扶養手当認定請求書

(イ) 戸籍謄本又は抄本

(ウ) 診断書（国民年金法による障害等級の１級に該当し、障害年金を受けている方は、(オ)の提出により省略できます）

(エ) 父又は母の障害及び就労に関する申立書

(オ) 障害年金の裁定通知

(カ) マイナンバー（P 2. ⑱参照）

④ 支給制限 次の場合は、支給されません。

ア 申請者（受給者）本人若しくは養育者又はその配偶者、扶養義務者に一定金額以上の所得があるとき（一部又は全部支給停止）

イ 申請者（受給者）が公的年金を受給することができ、年金月額の方が手当月額より高いとき

ウ 児童が施設に入所中のとき

エ 児童が父（母）の死亡により支給される公的年金を受給することができ、年金月額の方が手当月額より高いとき

オ 児童が父（母）に支給される公的年金の加算の対象となっており、加算額の月額の方が手当月額より高いとき

## （７）心身障害者扶養共済制度

① 心身障害者扶養共済制度とは

保護者が生存中に一定額の掛金を納付することにより、障がいのある子どもを扶養している保護者が死亡又は重度障がいとなったときに、残された心身障がい者（児）に終身一定の年金を支給し、生活の安定や将来に対し、保護者が抱く不安の軽減を図ることが目的です。

② 加入対象者

栃木県に住所がある６５歳未満の健康な方で、次に掲げる心身障がい者（児）を扶養している方。

ア 療育手帳の所持者、又は知的障がい者（児）と判定された方

イ 身体障害の程度が１～３級と認定された方

ウ その他、精神や身体に永続的な障害があり、その程度が上記ア及びイと同程度と認められる方（脳性マヒ、進行性筋萎縮症、自閉症、精神病、血友病など）

③ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56-9128 FAX：56-6868

イ 必要書類

(ア) 心身障害者扶養共済加入等申込書

(イ) 加入申請者及びその扶養する心身障がい者の住民票の写し

(ウ) 加入申込者告知書

(エ) 障がいを証明する書類（手帳の写し等）

(オ) 年金管理者指定届書（※障がい者が年金を管理することが困難なとき）

④ 掛金額

年齢に応じ1口月額9,300円～23,300円（1人2口まで加入できます）

⑤ その他

- ・ 加入者が死亡又は重度障がいとなったときに、心身障がい者（児）に年金（1口につき月額20,000円）が支給されます。
- ・ 経済的な事情で加入できないような場合は、掛金の減免制度があります。

## （８）難病患者等福祉手当

① 難病患者等福祉手当とは

県では、「指定難病」（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもののうち、厚生労働大臣が定める疾病）の患者に対し、医療費の負担軽減と治療研究の推進を目的として、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費受給者証を交付し、その治療に係る医療費の一部を助成しています。

町では、上記受給者証の交付を受けている方に対して月額3,000円の福祉手当を支給しています。

② 対象者

ア 特定医療費(指定難病)受給者証の交付を受けている本人、又はその保護者

イ 小児慢性特定疾病医療費受給者証の交付を受けている本人、又はその保護者

③ 申請手続き

ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：56-9128 FAX：56-6868

イ 必要書類

(ア) 申請書

(イ) 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費受給者証

(ウ) 通帳（※口座番号確認のため）

④ 支給時期（※ 手当の申請があった月の分から支給）

ア 4～9月分 ⇒ 10月支給

イ 10～3月分 ⇒ 4月支給

⑤ その他

毎年度1回現況届が必要となります。

※ 認定を受けた受給者には、現況届の提出時期に個別通知いたします。

◆特定医療費受給者証に関する問い合わせ・申請窓口

栃木県県南健康福祉センター（小山市犬塚三丁目1-1）健康対策課

電話 0285-22-1509 FAX 0285-22-8403

◆難病に関する相談窓口（予約制）

とちぎ難病相談支援センター（とちぎ健康の森 宇都宮市駒生町3337-1）

電話 028-623-6113 FAX 028-623-6100



## 7 社会参加の促進

### （1）障がい者のための生活訓練事業

① 目的

各種講習会等を開催し、障がい者の社会生活能力を向上させるとともに障がい者の自立と社会参加の促進を図ります。

② 実施主体及び問い合わせ先

栃木県障害福祉課 電話 028-623-3053

③ 開催事業等

| 区分     | 事業名                      | 内容                                                  | 委託団体名(電話番号)                                             |
|--------|--------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 身体障がい者 | 視覚障害者社会・日常生活支援事業         | 視覚障がい者に対し、社会生活に必要な知識習得や体験交流のほか、料理や洗濯等の家庭生活に必要な訓練を実施 | (一社) 県視覚障害者福祉協会(028-625-4990)                           |
|        | 障害者相談会・研修会開催事業（視覚障がい者向け） | 中途失明者の方に対し、生活訓練・点字訓練などを実施                           |                                                         |
|        | 障害者相談会・研修会開催事業（聴覚障がい者向け） | ろう者の方に対し、社会生活に必要な知識の吸収・交換をする場を設定                    | 県聴覚障害者福祉連合会<br>(TEL 028-621-8010)<br>(FAX 028-621-7896) |
|        | 音声機能障害者発声訓練・発声訓練士養成事業    | 音声機能障がい者の方に対し、発声訓練・発声訓練士養成などを実施                     | 県喉摘会(0280-56-5677)                                      |
|        | 視覚障害者生活訓練事業              | 視覚障がい者に対し、白杖訓練等を実施                                  | (一社) 県視覚障害者福祉協会(028-625-4990)                           |
|        | 肢体不自由者行動訓練事業             | ハイキングやレクリエーションを通し、身体障がい者（肢体不自由者）の行動訓練を実施            | (一財) 県身体障害者福祉会連合会(028-624-8408)                         |
|        | 身体障害者生活行動訓練事業            | 身体障がい者の方に対し、点字・手話等の講習、野外訓練等生活行動訓練を実施                | 県聴覚障害者福祉連合会<br>(028-621-8010)                           |

|        |                          |                                                        |                                 |
|--------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
|        | オストメイト社会適応訓練・相談支援者育成事業   | 人工肛門・人工ぼうこう造設者の方に対し、ストマ用装具の使用等に関する講習会・相談支援者育成などの実施     | 県オストミー協会<br>(0284-43-0144)      |
| 知的障がい者 | 障害者相談会・研修会開催事業（知的障がい者向け） | 障がい者の自立や社会参加等を促進するため、家族のための家族教室を開催                     | (一社)県手をつなぐ育成会(028-624-3789)     |
|        | レクリエーション・社会生活トレーニング事業    | 在宅の心身障がい児（者）が保護者と一緒に宿泊等し、レクリエーション指導等を受けるとともに保護者間の交流を図る | 県心身障害児者親の会<br>連合会(028-621-3031) |

## （２）障害者社会参加推進センター

障がいの有無にかかわらず誰もが家庭や地域で明るく暮らすことができるよう、障がい者自身による社会参加促進事業を実施し、地域における自立生活と社会参加を目的に、情報交換、交流会の開催、総合相談事業などを行っています。

### 【問い合わせ先】

栃木県障害者社会参加推進センター

〒320-8508 宇都宮市若草1-10-6

とちぎ福祉プラザ障害者スポーツセンター（栃木県身体障害者団体連絡協議会内）

電話 028-678-4401（FAX兼用）

## （３）高齢運転者等専用駐車区間制度

### ① 高齢運転者等専用駐車区間制度とは・・・

高齢者や妊婦、障がい者等が日常生活においてよく利用する官公庁施設、福祉施設、病院などに十分な駐車場がない場合に、その施設の周辺道路に専用の駐車できる場所に標識（「高齢運転者等専用駐車区間【図１】」といいます。）を設置、対象者が「専用場所駐車標章」を掲示することによって、駐車を可能とする制度です。

【図１】

標識のイメージ



### ② 対象者

ア 70歳以上の高齢運転者

イ 妊娠中又は産後8週間以内の者

ウ 聴覚障害又は肢体不自由を理由に普通自動車免許に条件が付されている者

※ ア～ウのいずれかの条件を満たし、普通自動車免許を持った人が標章交付対象者となります。

### ③ 対象車両

対象者が運転する普通自動車に限られますが、自家用・事業用の別、届出台数に制限はありません。

### ④ 「専用場所駐車標章」申請の際は、下記へお問い合わせ下さい。

【問い合わせ先】下野警察署交通課 電話 0285-52-0110

- ★ 標章を掲示しないで車を止めた場合や、届け出た車以外で止めた場合、対象者以外の方が止めた場合は「違法駐車」になり罰則等が科せられます。

## (4) 駐車禁止場所での駐車

### ① 内容

身体障がい者等の車の利用を容易にするため、栃木県公安委員会では「駐車禁止除外指定車」の標章を交付し、駐車を禁止した地域内でも必要最小限の駐車を許可しています。ただし、法定駐停車禁止場所及び法定の駐車禁止場所での駐車、車庫代わり駐車及び長時間駐車は出来ません（取締りの対象となります）。

標章は、交付を受けた「身体障がい者等本人」が現に使用中であれば、どの車両でも有効です。（「現に使用中」とは、本人が運転し駐車した場合、又は本人を同乗させ運転し、駐車した場合をいいます。）

※ 標章の交付を受けた方は、「高齢運転者等専用駐車区間」においても標章を車両前面の見やすい場所に掲示することで駐車することができます。

### ② 対象者 次の表に該当する者のうち歩行が困難な方

#### ア 身体障がい者（児）

| 障害の区分                      |      | 障害の級別                           |
|----------------------------|------|---------------------------------|
| 視覚障害                       |      | 1 級から 3 級までの各級及び 4 級の 1         |
| 聴覚障害                       |      | 2 級及び 3 級                       |
| 平衡機能障害                     |      | 3 級                             |
| 上肢不自由                      |      | 1 級、2 級の 1 及び 2 級の 2            |
| 下肢不自由                      |      | 1 級から 4 級までの各級                  |
| 体幹不自由                      |      | 1 級から 3 級までの各級                  |
| 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害   | 上肢機能 | 1 級及び 2 級（－上肢のみに運動機能障害がある場合を除く） |
|                            | 移動機能 | 1 級及び 2 級                       |
| 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸機能障害 |      | 1 級及び 3 級                       |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害、肝臓機能障害 |      | 1 級から 3 級までの各級                  |

イ 知的障がい者（児） 療育手帳の障がい程度が「A1」「A2」

ウ 精神障がい者（児） 精神障害者保健福祉手帳の等級が 1 級

エ 戦傷病者 戦傷病者手帳所持者で重度障害の程度に該当する方

### ③ 申請手続き

ア 申請窓口 下野警察署交通課

イ 必要書類

（ア）各種手帳

（イ）運転者の運転免許証

### ④ 問い合わせ先

栃木県警察本部交通規制課 電話 028-621-0110



**(5) おもいやり駐車スペースつぎつぎ事業**

## ① 目的

県内に共通するおもいやり駐車スペース利用証を交付し、利用できる方を明らかにし、本当に必要な人のために駐車スペースを確保するものです。

## ② 対象者

ア 身体障がい者（児）：次の表に該当する方

| 身体障がい区分      |      | 対象等級               |
|--------------|------|--------------------|
| 視覚障害         |      | 1 級から 4 級          |
| 聴覚障害         |      | 該当なし               |
| 平衡機能障害       |      | 3 級、 5 級           |
| 音声言語機能障害     |      | 該当なし               |
| 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 |
|              | 上肢機能 | 1 級、 2 級           |
|              | 移動機能 | 1 級から 6 級          |
| 脳原性の運動機能障害   |      |                    |
| 心臓機能障害       |      | 1 級、 3 級、 4 級      |
| じん臓機能障害      |      |                    |
| 呼吸器機能障害      |      |                    |
| ぼうこう又は直腸機能障害 |      |                    |
| 小腸機能障害       |      |                    |
| 免疫機能障害       |      | 1 級から 4 級          |
| 肝臓機能障害       |      |                    |

イ  
知 的

障がい者（児）：療育手帳の障がい程度が「A1」「A2」の方

ウ 精神障がい者（児）：精神障害者保健福祉手帳の等級が「1 級」の方

エ 高 齢 者 等：要介護状態区分が「要支援1～2」「要介護1～5」の方

オ 難 病 患 者：特定医療費（指定難病）受給者、小児慢性特定疾病医療費受給者、一般特定疾患医療受給者、指定難病の診断基準を満たしている方、関節リウマチの方（※要診断書）

カ 妊 産 婦：妊娠7ヶ月以降の方 ※有効期間：産後1年まで  
多胎の場合妊娠6ヶ月以降の方 ※有効期間：産後2年まで

キ 傷 病 人：医師の診断書で「歩行が困難」が認められる方

※有効期間：1年の範囲内で歩行困難な期間

### ③ 申請手続き

#### ア 申請窓口

健康福祉課 障がい福祉係 電話：５６－９１２８ FAX：５６－６８６８

#### イ 必要書類（次のいずれか）

各種障害者手帳、介護保険被保険者証、特定医療費（指定難病）受給者証、通知書（特定医療費申請結果）、小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、登録者証、母子手帳、医師の診断書（「歩行が困難である」こと記載必要）

## （６）郵便等による不在者投票

在宅の重度障がい者で選挙の投票に行けない方に対して、自宅等で郵便等による不在者投票ができる制度です。

郵便等による不在者投票を行うためには、事前に申請を行い、「郵便等投票証明書」の交付を受ける必要があります。

また、郵便等による不在者投票をすることができる方で、特定の障がいのため自書できない方には、あらかじめ定めた代理人に投票に関する記載をしてもらうことができる、代理記載の制度があります。

### ① 対象者

#### ア 郵便等による不在者投票ができる方

| 身体障害者手帳 | 障 害 名                      | 障 害 の 程 度 |        |        |        |
|---------|----------------------------|-----------|--------|--------|--------|
|         |                            | 1 級       | 2 級    | 3 級    |        |
|         | 両下肢、体幹、移動機能の障害             | ○         | ○      |        |        |
|         | 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の障害    | ○         |        | ○      |        |
|         | 免疫・肝臓の障害                   | ○         | ○      | ○      |        |
| 戦傷病者手帳  | 障 害 名                      | 障 害 の 程 度 |        |        |        |
|         |                            | 特別項症      | 第 1 項症 | 第 2 項症 | 第 3 項症 |
|         | 両下肢、体幹の障害                  | ○         | ○      | ○      |        |
|         | 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸・肝臓の障害 | ○         | ○      | ○      | ○      |
| 介護保険    | 要 介 護 状 態 区 分              |           |        |        |        |
|         | 要介護 5                      |           |        |        |        |

イ 郵便等による不在者投票における代理記載制度を利用できる方

| 身体障害者手帳 | 障 害 名    | 障 害 の 程 度 |        |        |
|---------|----------|-----------|--------|--------|
|         |          | 1 級       |        |        |
|         | 上肢、視覚の障害 | ○         |        |        |
| 戦傷病者手帳  | 障 害 名    | 障 害 の 程 度 |        |        |
|         |          | 特別項症      | 第 1 項症 | 第 2 項症 |
|         | 上肢、視覚の障害 | ○         | ○      | ○      |

② 申請手続き

申請手続きの方法や、手帳の記載では該当するかどうか分からない場合には、上三川町選挙管理委員会にご相談ください。

電話：56－9116      FAX：56－6868

## (7) 上三川町施設使用料等の免除

① 目的

障がい者の社会参加を促進するため、障がい者が町内施設（一部）を利用する場合に、その使用料金等が減免されます。

② 実施主体

各施設（詳細は、各施設にお問い合わせください）

③ 対象者

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を所持している方。

④ 対象施設 ※ 入館等の際、受付で手帳又はミライロ ID を提示してください。

| No. | 名 称           | 電話番号         |
|-----|---------------|--------------|
| 1   | 上三川いきいきプラザ    | 0285-57-0211 |
| 2   | 田川ふれあい公園      | 0285-52-2227 |
| 3   | 石田公園          | 0285-56-7328 |
| 4   | ゆうき公園         |              |
| 5   | 蓼沼親水公園        |              |
| 6   | 蓼沼緑地公園        |              |
| 7   | 富士山公園         |              |
| 8   | 上三川城址公園       |              |
| 9   | 上三川日産スポーツセンター |              |

## (8) 県立施設使用料等の免除

### ① 目的

障がい者の社会参加を促進するため、障がい者が県立施設（一部）を利用する場合に、その使用料金等が減免されます。

### ② 実施主体

栃木県（詳細は、各施設にお問い合わせください）

### ③ 対象者

ア 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証又は障害福祉サービス受給者証の交付を受けた者。

イ 第1種障害者の介助のための同伴者（障がい者1名につき介助者1名）。

※ 第1種障害者とは ・身体障害者手帳  
視覚1～3級と4級の一部、聴覚2・3級、肢体1級と2・3級の一部、  
内部1・3級と4級の一部、免疫障害1～4級、肝臓障害1～4級  
・療育手帳 A1、A2、A ・精神障害者保健福祉手帳 1級

### ④ 対象施設 ※ 入館等の際、受付で手帳又はミライロ ID 又は受給者証を提示してください。

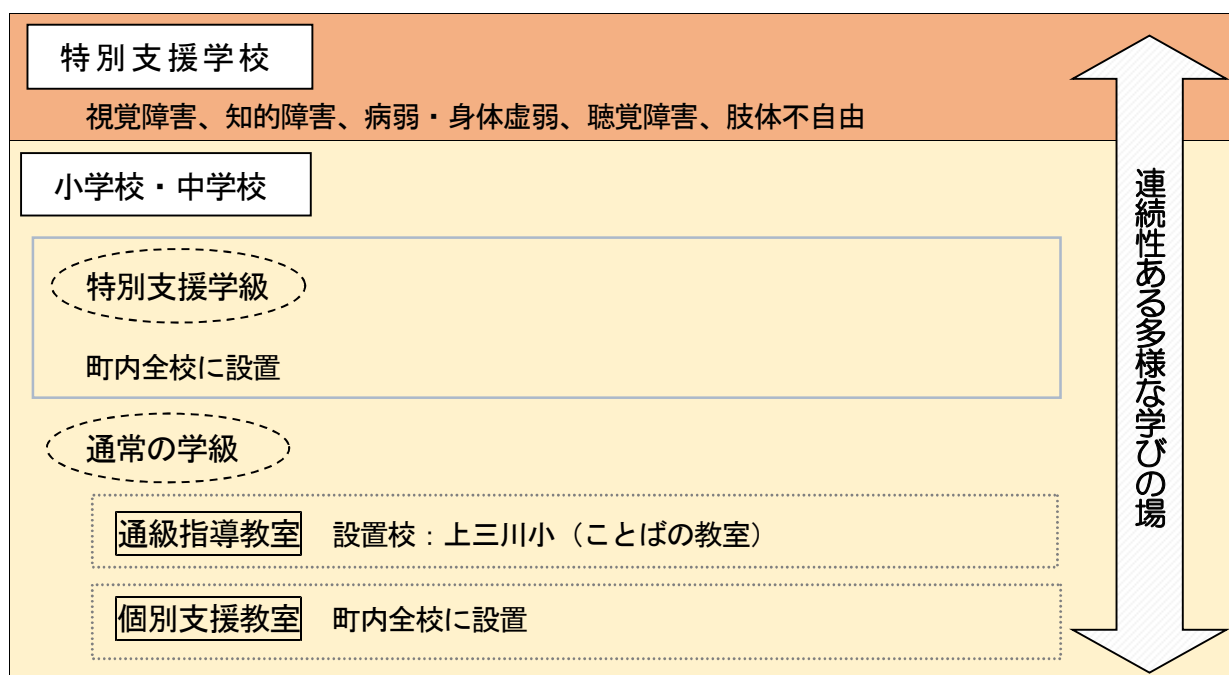
| No. | 名 称                      | 電話番号         |
|-----|--------------------------|--------------|
| 1   | 栃木県子ども総合科学館（展示室、プラネタリウム） | 028-659-5555 |
| 2   | 栃木県立美術館                  | 028-621-3566 |
| 3   | 栃木県立博物館                  | 028-634-1311 |
| 4   | とちぎ花センター（鑑賞大温室）          | 0282-55-5775 |
| 5   | 栃木県日光自然博物館               | 0288-55-0880 |
| 6   | 英国大使館別荘記念公園              | 0288-55-0880 |
| 7   | イタリア大使館別荘記念公園            | 0288-55-0388 |
| 8   | 栃木県井頭公園（花ちょう遊館）          | 0285-83-3121 |
| 9   | とちぎ明治の森記念館               | 0287-63-0399 |
| 10  | 栃木県日光田母沢御用邸記念公園（御用邸本邸）   | 0288-53-6767 |
| 11  | 栃木県とちぎわんぱく公園（ふしぎの船）      | 0282-86-5855 |
| 12  | 栃木県なかがわ水遊園               | 0287-98-3055 |
| 13  | 障害者スポーツセンター（わかくさアリーナ）    | 028-678-6677 |
| 14  | 栃木県立県南体育館                | 0285-21-0021 |
| 15  | 栃木県立県北体育館                | 0287-22-8012 |
| 16  | 栃木県立日光霧降アイスアリーナ          | 0288-53-5881 |
| 17  | 栃木県グリーンスタジアム             | 028-667-0962 |
| 18  | 栃木県立温水プール館               | 0285-22-4617 |
| 19  | 栃木県ライフル射撃場               | 028-689-9715 |
| 20  | 栃木県総合運動公園北・中央            | 028-615-0581 |
| 21  | とちぎスポーツ医科学センター           | 028-645-2080 |
| 22  | 栃木県総合運動公園東エリア（日環アリーナ栃木）  | 028-658-5900 |

## 8 就学について

就学にあたっては、お子さんの特性に応じた最適な学びの場を決定することが大切です。町教育委員会では、教育相談等により保護者の方が就学先を決定するための支援を行います。

なお、就学時に中学校までの9年間すべてが決まるのではなく、成長とともに変化する発達の状態、障がいの状態、適応の状況等を勘案し、必要に応じて学びの場を変更することができます。

### (1) 特別支援教育の種類



### (2) 教育支援の流れ

年長児と保護者を対象に、就学先決定のための教育支援を行います。

|         |          |                                      |
|---------|----------|--------------------------------------|
| 5月頃     | 就学説明会    | 就学までの流れについての説明                       |
| 7月頃     | 第1回教育相談  | 障がいの状態に応じた教育的ニーズを把握するための個別相談         |
| 9月～10月  | 就学時健康診断  | お住まいの地域の小学校ごとに実施                     |
| 10月～11月 | 第2回教育相談  | 就学時健康診断の結果等を踏まえ、より具体的に就学先を相談         |
| 11月下旬頃  | 町教育支援委員会 | 各分野の専門的見識を持つ委員により、お子さんに適した就学先を総合的に判定 |
| 12月中旬   | 就学先の決定   | ご本人と保護者の意見を最大限尊重し、教育委員会が決定           |

※ 特別支援学校や町内小学校の特別支援学級・通常の学級の見学も実施します。

【問い合わせ先】 教育総務課 学校教育係 電話：56－9156

## 9 ヘルプマーク・ヘルプカード

### (1) ヘルプマーク

聴覚障がい者や高次脳機能障がい者・義足や人工関節を使用している方・内部障がいのある方や難病をお持ちの方・または妊娠初期の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで援助を受けやすくなるためのマークです。



### (2) ヘルプカード

障がいのある人の中には、自分から「困っています」を伝えることが苦手な人もおり、障がいの特性によって必要な支援や配慮はさまざまです。そんなとき、「手助けが必要な人」と「手助けしたい人」を結ぶのがヘルプカードです。



災害時や日常生活で困ったときのため、緊急連絡先や本人に必要な対処法や治療法等をあらかじめ記入しておき、周囲に支援を求めることができます。

お持ちの方が困っているところを見かけたら、声をかける、公共交通機関内で席を譲る、ヘルプカードに記載してある内容に沿った支援や配慮をする等、ご協力ください。

【ヘルプマーク・ヘルプカードの配布場所：健康福祉課 障がい福祉係】

## 10 サポートファイル「手のひら」

サポートファイルとは、障がいのある人や発達に心配のある人の成育歴や支援の方法を乳幼児期から成人期まで継続して記録できるファイルです。本人や家族が記入・管理し、必要に応じて関係機関に提示し情報交換にご活用ください。

- ② 対象者 障がいのある方や支援の必要な方
- ② 配布場所 健康福祉課 障がい福祉係、子ども家庭課 母子健康係

※ 町ホームページからダウンロードもできます。

健康・福祉・子育て > 障がい者福祉 > 生活支援事業 > サポートファイル

## 1 1 税金・公共料金の減免等

### (1) 税金の減免

障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳）の交付を受けている本人、又はその方を扶養している方は、税金の減免措置や所得控除が受けられます。

#### ① 所得税の障害者控除

##### ア 内容

税務署又は勤務先（扶養している方の勤務先）に申告すると所得税が軽減されます。（課税所得額を算出するときに所得控除が受けられます。）

##### イ 対象者

身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者

##### ウ 控除額

特別障害者 400,000 円（※同居特別障害者 750,000 円）

その他の障がい者 270,000 円

※ 特別障害者とは、身体障害者手帳 1 級、2 級の方、療育手帳 A 1、A 2 の方、精神障害者保健福祉手帳 1 級の方

##### エ 問い合わせ先 宇都宮税務署 電話 028-621-2151

#### ② 町県民税の障害者控除

##### ア 内容

町税務課住民税係に申告すると住民税が軽減されます。

確定申告した方、年末調整を受けた方は、申告の必要はありません。

##### イ 対象者

身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者

##### ウ 控除額

特別障害者 300,000 円（※同居特別障害者 530,000 円）

その他の障がい者 260,000 円

##### エ 問い合わせ先 上三川町役場税務課 住民税係

電話：0285-56-9122

FAX：0285-56-6868

#### ③ 町県民税の非課税

前年の合計所得金額が 135 万円以下であった障がい者の方

#### ④ 相続税の軽減

##### ア 対象者

身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者

##### イ 軽減額

普通障がい者の場合  $(85 \text{ 歳} - \text{現在年齢}) \times 100,000 \text{ 円}$  を控除

特別障がい者の場合  $(85 \text{ 歳} - \text{現在年齢}) \times 200,000 \text{ 円}$  を控除

##### ウ 問い合わせ先 宇都宮税務署 電話 028-621-2151

⑤ 個人事業税の非課税

ア 内容

あんま、マッサージ、指圧、はり、灸、柔道整復などを営む場合

イ 対象者

失明又は両眼の矯正視力が0.06以下の視覚障がい者

ウ 問い合わせ先 宇都宮県税事務所 電話：028-626-3018

FAX：028-626-3006

⑥ 軽自動車税・自動車税・自動車取得税の減免

ア 対象となる車両（障がい者一人につき1台に限ります）

（ア）障がい者（※）、障がい者と生計を一にする方、又は常時介護している方が所有（取得）し、障がい者のために使用される自動車・軽自動車

※ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、戦傷病者手帳を交付されている方で、規定の等級を満たす方

（イ）その構造が専ら身体障がい者の利用に供するためのものである自動車・軽自動車

イ 軽自動車税の問い合わせ先

上三川町役場税務課 住民税係 電話：0285-56-9122

FAX：0285-56-6868

ウ 自動車税・自動車取得税の問い合わせ先

自動車税事務所 電話：028-658-5521

FAX：028-658-5583

宇都宮県税事務所 電話：028-626-3029

FAX：028-626-3006

※ 聴覚障がい者の方へ

宇都宮税務署では、FAXによる問い合わせを行っておりません。何かわからないことがありましたら、上三川町役場税務課住民税係（FAX：56-6868）へお問い合わせください。





## (2) NHK受信料の減免

### ① 目的

障がい者の方に、NHK受信料を減免し放送を受信しやすくし、社会参加の促進を図ることを目的とします。

### ② 実施主体 NHK

### ③ 対象者

|      |                  |                                           |
|------|------------------|-------------------------------------------|
| 全額免除 | 身体障がい者           | 障害者手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合  |
|      | 知的障がい者           |                                           |
|      | 精神障がい者           |                                           |
| 半額免除 | 視覚障がい者<br>聴覚障がい者 | 視覚障害・聴覚障害により、身体障害者手帳をお持ちの方が世帯主で受信契約者である場合 |
|      | 重度の身体障がい者        | 身体障害者手帳1級・2級をお持ちの方が世帯主で受信契約者である場合         |
|      | 重度の知的障がい者        | 療育手帳A1・A2をお持ちの方が世帯主で受信契約者である場合            |
|      | 重度の精神障がい者        | 精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方が世帯主で受信契約者である場合        |

### ④ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話:56-9128 FAX:56-6868

イ 必要書類

(ア) 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳

(イ) 印鑑

ウ 手続き

町で申請書に証明を受けたら、NHK宇都宮放送局へ郵送してください。

NHK宇都宮放送局 電話：028-634-0088

FAX：028-638-3819

### (3) 有料道路通行料の割引

#### ① 目的

障がい者の方が有料道路（高速道路等）を利用する場合、通行料を割引することにより、障がい者の方の社会参加を図ります。

#### ② 実施主体

NEXCO 東日本（東日本高速道路株式会社）・他

#### ③ 対象者

ア 本人が運転する場合は、身体障害者手帳を交付されている方

イ 介護者運転が認められる場合は、身体障害者手帳及び療育手帳に記載されている「旅客鉄道(株)旅客運賃減額1種」の方

#### ④ 申請手続き

ア 申請窓口 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56－9128

FAX：56－6868

イ 必要書類

(ア) 身体障害者手帳又は療育手帳

(イ) 車検証

(ウ) 車検時に交付される自動車検査証記録事項、もしくは車検証閲覧アプリによる車検証情報が確認できるもの

(エ) 運転免許証(本人運転の場合)

★ETCを利用される方は、上記書類に加えて

(オ) ETCカード（18歳未満は保護者名義、18歳以上は本人名義）

(カ) ETC車載器セットアップ申込書・証明書

#### ⑤ 注意事項

ア 利用する車は登録制になっており、登録している車のみETCの利用による割引が可能です。

イ 自動車を登録せずに割引を受けることは可能ですが、事前申請が必要です。

ウ 登録できない車（営業車）

(ア) 車の所有者が会社等の法人になっている車

(イ) 車に会社名や事業所名等の記載がある車



#### ⑥ 問い合わせ先 有料道路ETC割引登録係 電話 045－477－1233

## (4) 公共交通機関等の運賃割引

身体障害者手帳や療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を所持している方が、鉄道やバス、タクシーを利用する場合、手帳を提示すると運賃が割引になる福祉サービスがあります。

### J R 運賃の割引

#### ① 対象者 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の所持者と介護者

| 障がい種別            | 購入乗車券の種類                                                                             | 割引が適用される形態                                                                  | 割引率                                                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 第1種<br>障害者<br>※1 | 普通乗車券（片道100km以内）<br>普通乗車券（片道100km超）<br>回数券<br>定期券（本人が大人）<br>定期券（本人が小人）<br>急行券<br>特急券 | 介護者付乗車のみ<br>介護者付・単独乗車<br>介護者付乗車のみ<br>介護者付乗車のみ<br>介護者付乗車のみ<br>介護者付乗車のみ<br>なし | 本人も介護者も5割<br>本人も介護者も5割<br>本人も介護者も5割<br>本人も介護者も5割<br>介護者のみ5割<br>本人も介護者も5割 |
| 第2種<br>障害者<br>※2 | 普通乗車券（片道100km以内）<br>普通乗車券（片道100km超）<br>定期券（本人が大人）<br>定期券（本人が小人）<br>回数券・急行券・特急券       | なし<br>単独乗車のみ<br>なし<br>介護者付乗車のみ<br>なし                                        | —<br>本人5割<br>—<br>介護者のみ5割<br>—                                           |

#### ※1 第1種障害者

（身体障がい者）視覚1～3級と4級の一部、聴覚2・3級、肢体1級と2・3級の一部、内部1・3級と4級の一部、免疫障害1～4級、肝臓障害1～4級

（知的障がい者）療育手帳（A1、A2、A）

（精神障がい者）精神障害者保健福祉手帳1級

#### ※2 第2種障害者

第1種障害者以外の障がい者

#### ② 購入方法

乗車券販売窓口で各種手帳を提示し、割引乗車券を購入してください。

乗降時及び乗車中は手帳を携帯してください。なお割引が適用される介護者は1名のみです。

#### ③ 問い合わせ先 JR各駅

※ 本ガイドの作成時点の内容ですので、変更される場合があります。

※ 各鉄道会社、バス会社でも、JRに準じた運賃割引を行っているところがありますので、詳しくは各鉄道会社、バス会社にお問い合わせください。また、タクシーの割引については、各タクシー会社へお問い合わせください。

## 12 スポーツの祭典

### (1) 栃木県障害者スポーツ大会

#### ① 目的

県民総スポーツを推進し、障害者が競技等を通じて健康の保持・増進を図るとともに、県民の障がいに対する理解を深め、障がい者の自立と社会参加を促進することを目的としています。

#### ② 実施主体 栃木県、栃木県障害者スポーツ協会等

#### ③ 対象者

県内に住所を有する者、または、県外に住所を有し栃木県に所在する学校や施設等に通学や入所・通所している者で、開催年度の4月1日現在で13歳以上の身体・精神・知的障がい者

#### ④ 開催日

個人競技：令和7年5月25日(日)

団体競技：令和7年9月27日(土)・28日(日)

※ 詳しくは下記へお問い合わせください。

#### ⑤ 問い合わせ先 健康福祉課 障がい福祉係 電話：56-9128

FAX：56-6868

### (2) その他のスポーツ

県内には、活発な活動をしている障がい者のスポーツ団体があります。

#### ① スポーツ団体

| No. | 種 目         | 名 称                        |
|-----|-------------|----------------------------|
| 1   | アーチェリー      | 栃木県身体障害者アーチェリー協会           |
| 2   | アーチェリー      | 宇都宮身体障害者アーチェリークラブ          |
| 3   | グラウンドゴルフ    | 全国脊髄損傷者連合会栃木県支部グラウンドゴルフクラブ |
| 4   | ゲートボール      | 栃木県聴覚障害者協会ゲートボール部          |
| 5   | 水泳          | 栃木県身体障害者水泳協会（栃木とびうお）       |
| 6   | 水泳          | 栃木県知的障害者水泳協会（栃木うみがめ）       |
| 7   | スキー         | 栃木県障害者スキー協会                |
| 8   | グランドソフトボール  | 栃木県視覚障害者福祉協会グランドソフトボール部    |
| 9   | ソフトボール      | 栃木県聴覚障害者協会ソフトボール部          |
| 10  | サウンドテーブルテニス | 栃木県視覚障害者福祉協会サウンドテーブルテニスクラブ |

|    |                |                             |
|----|----------------|-----------------------------|
| 11 | ダーツ            | とちぎ脳卒中者との家族の会] かけはし [ダーツクラブ |
| 12 | ダーツ            | とちぎ障がい者ダーツクラブ               |
| 13 | 卓球             | 栃木県障害者卓球連盟                  |
| 14 | 卓球             | 栃木県聴覚障害者協会卓球部               |
| 15 | 卓球             | 栃木県聴覚障害者福祉協会卓球部             |
| 16 | 卓球             | わかく さ卓翔会                    |
| 17 | 車いすダンス         | 全日本車椅子ダンス協会                 |
| 18 | 車いすダンス         | W I N G (ウイング)              |
| 19 | スポーツチャンバラ      | 栃木県スポーツチャンバラ協会              |
| 20 | 車いすバスケットボール    | 栃木県車椅子バスケットボールクラブ           |
| 21 | 車いすバスケットボール    | 栃木レイカーズ                     |
| 22 | 車いすツインバスケットボール | 栃木バスターズ                     |
| 23 | バドミントン         | 栃木県聴覚障害者協会バドミントン部           |
| 24 | シッティングバレーボール   | 栃木サンダース                     |
| 25 | バレーボール         | 栃木県聴覚障害者協会バレーボール部 (男子部・女子部) |
| 26 | 吹き矢            | 全国脊髄損傷者連合会栃木県支部吹き矢クラブ       |
| 27 | フライングディスク      | 栃木県障害者フライングディスク協会           |
| 28 | フライングディスク      | ディスクベリ―とちぎ                  |
| 29 | マラソン           | 栃木車椅子マラソンクラブ                |
| 30 | 軟式野球           | 栃木県聴覚障害者協会野球部 (休部中)         |
| 31 | 陸上競技・水泳 ほか     | スペシャルオリンピックス日本・栃木           |
| 32 | ボッチャ           | 栃木県ボッチャ協会                   |
| 33 | ボッチャ           | とちぎボッチャスターズ                 |
| 34 | 卓球バレー          | 栃木県卓球バレー協会                  |
| 35 | サッカー           | FC CASA (カーザ)               |
| 36 | サッカー           | グロリアス栃木                     |
| 37 | ネオホッケー         | KBJ (ケービージェイ)               |
| 38 | 車いす卓球          | 栃木エンドレス                     |

## ② 連絡先

(特非) 栃木県障害者スポーツ協会

〒320-8508 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ内

電話 028-624-2761 (FAX兼用)

## 13 相談窓口

| 相談内容                 | 相談窓口                                     | TEL                                     | FAX          |
|----------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|
| 障がい全般に関する相談          | 役場健康福祉課 障がい福祉係                           | 0285-56-9128                            | 0285-56-6868 |
| 障がい者虐待・差別に関する相談      |                                          |                                         |              |
| 障がい者の地域生活やサービスに関する相談 | 上三川障がい児・者生活相談支援センター(上三川ふれあいの家ひまわり内)      | 0285-38-6854                            | 0285-38-6841 |
| 地域福祉に関する相談           | 上三川町社会福祉協議会<br>(上三川いきいきプラザ内)             | 0285-56-3166                            | 0285-56-3164 |
| 障がい者総合相談             | 県障害者総合相談所                                | 028-623-7010                            | 028-623-7255 |
| 発達障害に関する相談           | 発達障害者支援センターふぉーゆう<br>(栃木県立リハビリテーションセンター内) | 028-623-6111                            | 028-623-7255 |
| 高次脳機能障害に関する相談        | 高次脳機能障害支援拠点機関<br>(栃木県立リハビリテーションセンター内)    | 028-623-6114                            | 028-623-7255 |
| 難病に関する相談             | とちぎ難病相談支援センター<br>(とちぎ健康の森内)              | 028-623-6113                            | 028-623-6100 |
| 精神保健福祉相談             | こころのダイヤル                                 | 028-673-8341                            |              |
|                      | 精神保健福祉センター                               | 028-673-8785                            | 028-673-6530 |
|                      | 県南健康福祉センター                               | 0285-22-6192                            | 0285-22-8403 |
|                      | 上三川町こころの相談(予約制)<br>(役場健康福祉課)             | 0285-56-9133                            | 0285-56-6868 |
| 矯正施設を退所した障がい者に関する相談  | 県地域生活定着支援センター                            | 028-666-4603                            | 028-666-4604 |
| 障がい者の就業に関する相談        | 栃木障害者職業センター                              | 028-637-3216                            | 028-637-3190 |
|                      | 県南圏域障害者就業・生活支援センター「めーぷる」                 | 0282-86-8917                            | 0282-21-7109 |
| ひきこもりに関する相談          | 子ども若者・ひきこもり総合相談センター(ポラリス☆とちぎ)            | 028-643-3422<br>028-643-3438<br>(中高年専用) | 028-643-3452 |
| 医療的ケア児に関する相談         | 県医療的ケア児等支援センター(くくるん)                     | 028-678-4601                            | 028-665-7744 |

### 身体障がい者相談員、知的障がい者相談員

身体障がい者相談員が2名、知的障がい者相談員が2名配置されています。

相談を希望される方は、直接相談員に電話してください。

| ○身体障がい者相談員 |         |
|------------|---------|
| 氏 名        | 電話番号    |
| 大島 淑江      | 56-7925 |
| 山口 静子      | 53-5275 |

| ○知的障がい者相談員 |               |
|------------|---------------|
| 氏 名        | 電話番号          |
| 鬼頭 行尚      | 56-3868       |
| 高田 緑       | 090-9390-4666 |



X E

---

---

---

---

---

---

---

---

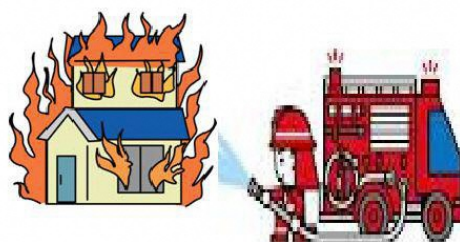
---

---

|           |
|-----------|
| 1 1 9 FAX |
|-----------|

どれかに ☒ をつけて下さい。

☐ 救急

☐ 火事


この枠に事前に記入してください。

|       |                             |                             |      |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|------|
| 氏 名   |                             | 性別                          | 男・女  |
| 住 所   |                             |                             |      |
| アパート名 |                             |                             |      |
| F A X |                             |                             |      |
| 生年月日  | 大・昭・平・令                     | 年                           | 月 日生 |
| 手話通訳者 | <input type="checkbox"/> 必要 | <input type="checkbox"/> 不要 |      |





# 令和 7(2025) 年度上三川町 障がい者福祉ガイド

上三川町健康福祉課障がい福祉係

〒329-0696

栃木県上三川町しらさぎ一丁目1番地

電話 0285-56-9128

FAX 0285-56-6868

メール fukushi01@town.kaminokawa.lg.jp

本ガイドは、上三川町障がい者優先調達推進方針に基づき、  
障害福祉サービス事業所へ印刷製本を発注し作成しました。