

障がい者のための  
～ 福祉のしおり～



御代田町

## はじめに

このしおりは、障がい者の方を支える主な制度についてまとめたものです。本しおりの電子データは、御代田町ホームページからもダウンロードできます。

(健康医療と福祉 ⇒ 障がい者支援 ⇒ 障がい者のための福祉のしおり)

諸制度を利用する場合には、多くの場合、事前にお手続きが必要です。また、法改正により、このしおりに掲載している内容が変更される場合がありますので、申請の前に必ず各担当窓口にお問い合わせください。

長野県では、より広範囲に各制度をまとめたしおりを作成しておりますので、下記ホームページからダウンロードし、ご活用ください。

<長野県公式ホームページ>

健康・医療・福祉 ⇒ 障がい者福祉 ⇒ 障害福祉サービス

⇒ 障害福祉サービスのご案内 ⇒ 障がいのある方の自立支援のしおり

このしおりでは、各制度において、対象者が分かるよう、下記のマークを使用しています。

身・・・身体障がい者に関する制度

知・・・知的障がい者に関する制度

精・・・精神障がい者に関する制度

難・・・難病患者等に関する制度

## 目次

### 1 障害者手帳の交付を受けるには

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

### 2 医療

更生医療・育成医療 .....	3
自立支援医療（精神通院） .....	3
福祉医療費給付金.....	4
後期高齢者医療制度への加入.....	4

### 3 年金・共済

障害年金.....	5
心身障害者扶養共済制度 .....	6

### 4 手当

特別児童扶養手当.....	7
重度心身障がい者介護慰労金 .....	7
障害児福祉手当 .....	8
特別障害者手当 .....	9

### 5 税金

町県民税・所得税に関する障がいの者の所得控除.....	10
医療費控除 .....	10
その他控除 .....	10
自動車税・軽自動車税の減免.....	11

### 6 自動車・交通・移動支援

有料道路における障がい者割引制度 .....	12
信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）制度 .....	13
身体障がい者用自動車改造費助成事業.....	14
障がい者等通院費等補助事業.....	14

駐車禁止除外指定車標章の交付 .....	15
鉄道（JR）運賃の割引 .....	15
バス・タクシー・航空旅客運賃の割引 .....	15
福祉タクシー利用助成事業 .....	16
移動支援事業 .....	16
<b>7 障がい福祉サービス・児童通所サービス・一時介助</b>	
障がい福祉サービス（抜粋） .....	17
児童通所サービス（抜粋） .....	18
心身障がい児（者）タイムケア事業 .....	18
<b>8 福祉用具</b>	
補装具費の支給 .....	19
軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業 .....	19
日常生活用具の給付 .....	20
おむつ等購入費助成事業 .....	21
<b>9 その他</b>	
NHK放送受信料の免除 .....	22
携帯電話利用料金の割引 .....	22
手話通訳・要約筆記者の派遣 .....	22
住宅改修費の補助 .....	23
ヘルプマーク・ヘルプカードの配布 .....	23
町有施設利用料の減免 .....	23
町営住宅の家賃減免 .....	23
青い鳥郵便はがきの無償配布 .....	24
郵便による不在者投票 .....	24
避難行動要支援者名簿の作成 .....	25
聴覚や発話に障がいがある方のための110番・119番通報 .....	25
その他相談窓口 .....	26

## 1 障害者手帳の交付を受けるには

<b>身体障害者手帳</b> <b>身</b> <span style="float: right;"><b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b></span>	
内 容	<p>身体に障がいのある方が、様々な福祉サービスを利用するために必要な手帳です。手帳は、障がいの程度によって、1級（重度）～6級（軽度）までに区分されます。</p>
交付対象	<p>視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語機能、そしゃく機能、肢体不自由（上肢、下肢、体幹機能、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能）、心臓機能、じん臓機能、呼吸器機能・ぼうこう又は直腸機能・小腸機能・免疫機能・肝臓機能に永続する障がいがある方</p>
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交付申請書</li> <li>・ 15条指定医による診断書（診断日：申請日前2か月以内）</li> <li>・ 写真（縦4cm×横3cm、半年以内に撮影されたもの）</li> <li>・ マイナンバーカードまたは個人番号通知カード</li> </ul>
備 考	<p>手帳が交付されるまで約2か月かかります。</p>

<b>療育手帳</b> <b>知</b> <span style="float: right;"><b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b></span>	
内 容	<p>知的障がいのある方が一貫した療育・援助を受け、この手帳を見せることにより様々な福祉サービスを受けやすくすることを目的としたものです。手帳は、障がいの程度によって、A1（重度）、A2、B1（中度）、B2（軽度）に区分されます。</p>
交付対象	<p>児童相談所または知的障害者更生相談所で知的障がいと判定された方</p>
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交付申請書</li> <li>・ 写真（縦4cm×横3cm、3か月以内に撮影されたもの）</li> <li>・ 認め印</li> </ul>
備 考	<p>申請後、佐久児童相談所へ判定を受けに行く必要があります。</p>

<b>精神障害者保健福祉手帳</b> <b>精</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	<p>一定の精神障がいの状態にある方が様々な福祉サービスを受けやすくすることを目的としたものです。手帳は、障がいの程度によって1級（重度）～3級（軽度）に区分されます。</p>
交付対象	<p>精神疾患を有する方（知的障がい者を除く）のうち、精神障がいのために長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある方</p>
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交付申請書</li> <li>・ 医師の診断書（診断日：申請日前3か月以内）または精神障がいを支給事由とする年金証書の写し等</li> <li>・ 写真（縦4cm×横3cm、1年以内に撮影されたもの）</li> <li>・ マイナンバーカードまたは個人番号通知カード</li> <li>・ 認め印</li> </ul>
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請をする場合、初診日から6か月以上経過している必要があります。</li> <li>・ 手帳が交付されるまで約2か月かかります。</li> <li>・ 自立支援医療（精神通院）と同時に申請することができます。</li> </ul>

## 2 医療

<b>更生医療・育成医療</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">身</span> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	<p>身体上の障がい除去したり、障がいの程度を軽くしたりするために必要な医療費を給付します。</p> <p>世帯の課税状況に応じ費用の一部を負担していただきます。</p>
対象となる医療の例	<p>(1) 視覚障がい 角膜移植術、水晶体摘出術、網膜剥離手術等</p> <p>(2) 聴覚障がい 穿孔閉鎖術、人工内耳術、外耳・外耳道形成術等</p> <p>(3) 音声言語等障がい 形成術、人工喉頭、唇顎口蓋裂の歯科矯正等</p> <p>(4) 肢体不自由 人工関節置換術、切断端形成術、理学療法等</p> <p>(5) 内部障がい 弁口・心室心房中隔に対する手術、ペースメーカー埋込術、人工透析、抗免疫療法、中心静脈栄養法、抗H I V療法等</p>
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳 (18歳未満の方は不要)</li> <li>・自立支援医療意見書 (診断日:申請日前2か月以内)</li> <li>・健康保険証 (同一保険加入者全員分)</li> <li>・マイナンバーカードまたは個人番号通知カード ・認め印</li> <li>・特定疾病療養受領証 (人工透析の方のみ)</li> </ul>
備 考	医療を開始する前に申請をしてください。

<b>自立支援医療 (精神通院)</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">精</span> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	精神疾患 (てんかんを含む) による通院に要する医療費の自己負担額が原則1割になります。
対 象 者	通院により医療を受けている精神疾患のある方
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断書 (診断日:申請日前3か月以内)</li> <li>・健康保険証 (同一保険加入者全員分)</li> <li>・マイナンバーカードまたは個人番号通知カード (同一保険加入者全員分)</li> <li>・認め印</li> </ul>
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年に1度の更新手続きが必要になります。(期限終了日3か月前から申請することができます。)</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳と同時に申請することができます。</li> </ul>



福祉医療費給付金 <b>身 知 精</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	下記に該当する方が医療機関で保険診療を受けた場合、医療費の自己負担分について助成します。
対 象 者	(1)身体障害者手帳1級～4級の方 (2)療育手帳A1、A2、B1の方 (3)精神障害者保健福祉手帳1級～3級の方 (4)精神障がい障害基礎年金を受給されている方 (5)65歳以上国民年金法施行別表に定める程度の障がいの状態にある方(身体や精神に一定以上の障がいがある方)
申請に必要なもの	・障害者手帳 ・健康保険証 ・振込先の分かるもの(通帳等) ・認め印 ・年金証書(年金証書で申請される精神障がい者の方のみ)
備 考	障がい者本人、配偶者及び扶養義務者の所得制限があります。

後期高齢者医療制度への加入 <b>身 知 精</b> 保健福祉課介護高齢係 (TEL 0267-31-2512)	
内 容	65歳～74歳までの方で、一定以上の障がいがある方は、後期高齢者医療制度に加入することができます。
対 象 者	(1)身体障害者手帳1級～3級及び4級の一部の方 (2)療育手帳A1、A2の方 (3)精神障害者保健福祉手帳1・2級の方 (4)国民年金などの障害年金1、2級を受給している方
備 考	加入は任意です。窓口負担割合は、課税標準額により1割または3割となります。加入することで保険料が安くなる場合があります。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・難病等に対する医療費給付事業 <b>難</b></li> <li>・小児慢性特定疾患治療研究事業</li> <li>・スモンに対するはり、きゅう及びマッサージ治療研究事業</li> <li>・ウイルス性肝炎医療費給付事業</li> <li>・先天性血液凝固因子障がい等治療研究事業</li> <li>・遷延性意識障がい者医療費給付事業</li> </ul>
<p>上記の各種医療制度給付事業は、佐久保健福祉事務所が申請窓口となっています。 事業の詳細については、佐久保健福祉事務所健康づくり支援課(TEL 0267-63-3163)までお問い合わせください。</p>

### 3 年金・共済

<b>障害年金</b>									
内 容	病気やけがにより一定以上の障がいが残った方や 20 歳前の疾病等により一定以上の障がいがある方に対し、障害年金を支給します。								
初診日に 関する要件	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">障害基礎年金</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診日において、国民年金の被保険者である方</li> <li>・初診日が 20 歳以前の方</li> <li>・初診日において、被保険者であった者であつて、国内に住所を有し、かつ、60 歳以上 65 歳未満の方</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">障害厚生年金</td> <td>・初診日において、厚生年金の被保険者である方</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">障害共済年金</td> <td>・初診日において、共済年金の被保険者である方</td> </tr> </table>	障害基礎年金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診日において、国民年金の被保険者である方</li> <li>・初診日が 20 歳以前の方</li> <li>・初診日において、被保険者であった者であつて、国内に住所を有し、かつ、60 歳以上 65 歳未満の方</li> </ul>	障害厚生年金	・初診日において、厚生年金の被保険者である方	障害共済年金	・初診日において、共済年金の被保険者である方		
障害基礎年金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診日において、国民年金の被保険者である方</li> <li>・初診日が 20 歳以前の方</li> <li>・初診日において、被保険者であった者であつて、国内に住所を有し、かつ、60 歳以上 65 歳未満の方</li> </ul>								
障害厚生年金	・初診日において、厚生年金の被保険者である方								
障害共済年金	・初診日において、共済年金の被保険者である方								
保険料納付に 関する要件	保険料未納期間があると、支給を受けられない場合があります。								
問い合わせ先	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">障害基礎年金</td> <td>御代田町役場 保健福祉課国保年金係 (TEL 0267-31-2512)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">障害厚生年金</td> <td>または小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">障害共済年金</td> <td>小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">障害共済年金</td> <td>各共済組合</td> </tr> </table>	障害基礎年金	御代田町役場 保健福祉課国保年金係 (TEL 0267-31-2512)	障害厚生年金	または小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)	障害共済年金	小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)	障害共済年金	各共済組合
障害基礎年金	御代田町役場 保健福祉課国保年金係 (TEL 0267-31-2512)								
障害厚生年金	または小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)								
障害共済年金	小諸年金事務所 (TEL 0267-22-1080)								
障害共済年金	各共済組合								
備 考	必要書類等、詳しくは各担当窓口にお問い合わせください。								

心身障害者扶養共済制度 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	障がいのある方を扶養している保護者が、自らの生存中に毎月一定の掛金を納めることにより、保護者が死亡したり著しい障がいを有したりする状態となったとき、その方が扶養していた障がいのある方に、年金を支給するものです。1人の心身障がい者につき2口まで加入できます。
加入要件	<p>&lt;保護者の要件&gt;</p> <p>障がいのある方を現に扶養している保護者であって、次のすべての要件を満たしている方</p> <p>(1) 県内に住所があること</p> <p>(2) 加入時の年度の4月1日時点の年齢が満65歳未満であること</p> <p>(3) 特別の疾病または障がいがなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること</p> <p>(4) 障がいのある方1人に対して、加入できる保護者は1人であること</p>
	<p>&lt;障がいのある方の要件&gt;</p> <p>次のいずれかに該当する方</p> <p>(1) 知的障がい</p> <p>(2) 身体障がい1級～3級</p> <p>(3) 精神または身体に永続的な障がいのある方で、その障がいの程度が(1)または(2)の者と同程度と認められる方</p>
掛 金	加入時の年齢により段階があります。(1口月額9,300円～23,300円) 掛金が減額や免除になる場合があります。
年金等の給 付	<p>(1) 加入者が死亡し、又は著しい障がいを有する状態になったとき、加入者が扶養していた心身障がい者に生涯にわたって月額1口20,000円の年金を支給します。</p> <p>(2) 加入期間が1年以上で、障がい者が加入者より先に死亡したとき、加入者に対して、加入期間に応じて1口50,000円～250,000円の弔慰金(一時金)を支給します。</p> <p>(3) 5年以上加入した後、この制度を脱退したときは、加入期間に応じて1口75,000円～250,000円の脱退一時金を支給します。</p>
申請に必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入者、心身障がい者の住民票</li> <li>・障がいの程度を証明する書類</li> <li>・認め印 など</li> </ul>

## 4 手当

<b>特別児童扶養手当</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">身</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">知</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">精</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">難</span> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	重度もしくは中度の身体障がいまたは知的障がい、精神障がい等のある20歳未満の在宅の児童を監護している父もしくは母または養育者に支給されます。(所得が一定の額を超える場合は、手当の支給が停止されます。)
手当額	1級 月額52,500円    2級 月額34,970円
支給月	4月(12月～3月分) 8月(4～7月分) 11月(8～11月分)
申請に 必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 請求者と対象児童の戸籍謄本(申請日より1か月以内のもの)</li> <li>・ 日常生活の状況について(内部、知的、精神障がいの場合)</li> <li>・ 所定の診断書(療育手帳A1・A2、身体障害者手帳1～3級(内部障がいを除く)の方は障害者手帳の写しにより省略可)</li> <li>・ 障害者手帳(所持している場合)</li> <li>・ 請求者の通帳の写し(口座番号、口座名義人の部分)</li> <li>・ 請求者とその配偶者及び対象児童等のマイナンバーカードまたは個人番号通知カード</li> <li>・ 認め印 など</li> </ul>
備 考	請求者は保護者のうち恒常的に所得の高い方になります。

<b>重度心身障がい者介護慰労金</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">身</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">知</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">精</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">難</span> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	在宅の重度心身障がい者(特別障害者手当の受給を受ける者または同程度以上の障がいを有する在宅の3歳以上の方)と同居し、6ヶ月以上介護している者にその労をねぎらい激励するため介護慰労金を支給します。
支給額	年額 90,000円
支給月	12月
備 考	11月1日を基準日とし、介護期間の算定を行います。

**障害児福祉手当 身 知 精 難 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)**

日常生活において、常時介護を必要とする在宅の重度障がい児(20歳未満)に支給されます。

以下のいずれかに該当する場合は支給されません。

- ・障がいのある児童が、施設に入所している場合
- ・障がいを支給事由とする年金を受給している場合
- ・障がいのある児童本人やその配偶者及び扶養義務者の所得が一定額を超える場合

手当額 月額 14,880円  
支給月 2月、5月、8月、11月

<該当する障がいの程度はおおむね次の程度又はそれと同程度以上のもの>

		1級	2級	3級	4級	5級	6級
身体障がい	視覚	○	○				
	聴覚		○				
	上肢	○	△				
	下肢	○	○	△			
	体幹	○	○				
	内部	○	○				
知的障がい	知能指数おおむね20以下						
精神障がい	日常生活において常時の介護または援助を必要とする程度						

△：一部の方が該当することを示しています。

申請に必要なもの

- ・対象児童の戸籍謄本(申請日より1か月以内のもの)
- ・所定の診断書(診断日:申請日前3か月以内)
- ・障害者手帳(所持している場合)
- ・対象児童名義の通帳の写し(口座番号、口座名義人の部分)
- ・対象児童とその配偶者及び扶養義務者等のマイナンバーカードまたは個人番号通知カード
- ・認め印 など

**特別障害者手当** **身** **知** **精** **難** **保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)**

内 容

日常生活において、常時特別な介護を必要とする 20 歳以上の在宅重度障がい者に支給されます。

以下のいずれかに該当する場合は支給されません。

- ・ 障害者支援施設や養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等に入所している場合
- ・ 病院に 3 か月以上入院している場合
- ・ 障がいのある本人やその配偶者及び扶養義務者の所得が一定額を超える場合

手当額 月額 27,350円

支給月 2月、5月、8月、11月

〈該当する障がいの程度はおおむね次の障がい重複するものまたはそれと同程度以上のもの〉

		1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
身体障がい	視 覚	○	○				
	聴 覚		○				
	上 肢	○	△				
	下 肢	○	○	△			
	体 幹	○	○				
	内 部	○	○				
知的障がい	知能指数おおむね 20 以下						
精神障がい	日常生活において常時の介護または援助を必要とする程度						

△：一部の方が該当することを示しています。

申請に必要なもの

- ・ 対象者の戸籍謄本（申請日より 1 か月以内のもの）
- ・ 所定の診断書（診断日：申請日前 3 か月以内）
- ・ 障害者手帳（所持している場合）
- ・ 対象者名義の通帳の写し（口座番号、口座名義人の部分）
- ・ 年金証書
- ・ 1 年間に受給した年金額のわかるもの（1 月～6 月申請は前々年 1 月～12 月の年金受給額、7 月～12 月申請は、前年 1 月～12 月の年金受給額）
- ・ 対象者とその配偶者及び扶養義務者等のマイナンバーカードまたは個人番号通知カード ・ 認め印 など

## 5 税金

<b>町県民税・所得税に関する障がい者の所得控除</b> <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>町・県民税 税務課住民税係 (TEL 0267-32-3126)</b> <b>所得税 佐久税務署 (TEL 0267-67-3460)</b> <b>(給与所得者の場合は、勤務先の給与担当)</b>	
内 容	税額の計算の基礎となる所得から所得控除として、障がいの程度により一定額が控除されます。
申告方法	給与所得者は年末調整時に、申告される方は申告時に、届出書や申告書を記入してください。
備 考	基準日は12月31日です。 障害者手帳を取得された場合、町県民税は翌年度から、所得税は、その年分から控除になります。

<b>医療費控除</b> <span style="float: right;"><b>佐久税務署 (TEL 0267-67-3460)</b></span>	
内 容	本人や生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った一定額以上の医療費等は、所得から控除することができます。
対 象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療費 ・ 治療、療養に必要な医薬品の購入</li> <li>・ ストマケアの治療上必要と医師が証明する場合のストマ用装具代</li> <li>・ 寝たきりとなった者が使用のおむつ代で、医師等が発行した証明書のあるもの など</li> </ul>

<b>その他控除</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li> <b>・ 少額貯蓄の利子等の非課税 (銀行、証券会社等)</b>            銀行などの預貯金、公債等の利子等については、一定の手続きを要件に非課税の適用を受けることができます。         </li> <li> <b>・ 相続税に関する障がい者控除 (佐久税務署)</b>            相続人に障がいがある場合、相続税額から一定額が控除されます。         </li> <li> <b>・ 贈与税の非課税 (信託銀行等)</b>            特定障害者を受益者として、信託会社等と「特定障害者扶養信託契約」を締結した場合、信託受益権の価額のうち、一定額までは、贈与税の課税価格に算入されません。         </li> </ul>	

自動車税・軽自動車税の減免 **身** **知** **精**

自動車税（種別割・環境性能割）、軽自動車税（環境性能割）

東信県税事務所（TEL 0267-63-3135）

軽自動車税（種別割） 税務課住民税係（TEL 0267-32-3126）

内 容

障がいの状態や所有者、運転者の条件等により、自動車税・軽自動車税が減免されます。

		1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
身体障がい	視覚	○	○	○	○		
	聴覚		○	○			
	平衡			○			
	音声 (喉頭摘出者)			●			
	上肢	○	○				
	下肢	○	○	○	●	●	●
	体幹	○	○	○		●	
	脳原性上肢	○	○				
	脳原性移動	○	○	○	●	●	●
	心臓・じん臓 呼吸器・ぼうこう 直腸・小腸	○		○			
	免疫	○	○	○			
	肝機能	○	○	○			
知的障がい	総合判定 A						
精神障がい	1 級						

●：本人が運転する場合に限る。

備 考

- ・所有者、運転者等の条件や申請期限があります。詳細は、担当窓口にお問い合わせください。
- ・障がい者と生計を一にする方等が普通自動車を運転する場合は、「同一生計証明書」が必要となります。保健福祉課福祉係で発行いたしますので、障害者手帳（コピー可）、認め印、車検証（コピー可）を持参してください。



## 6 自動車・交通・移動支援

<b>有料道路における障がい者割引制度</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">知</span> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)		
内 容	次のとおり割引されます。	
適用範囲	自ら運転する場合	介護者が運転する場合
利用できる方	すべての身体障がい者	第1種身体障がい者 療育手帳(A1・A2) 所持者
自動車の範囲	障がい者本人または親族が所有する乗用自動車など	
割引率	50%以内	
申請に必要なもの	ETC を利用されない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳または療育手帳</li> <li>・車検証</li> <li>・運転免許証 (障がい者ご本人が運転される場合)</li> </ul>
	ETC を利用される場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳または療育手帳</li> <li>・車検証</li> <li>・運転免許証 (障がい者ご本人が運転される場合)</li> <li>・ETCカード (原則として障がい者本人名義のもの)</li> <li>・登録を希望される自動車に取り付けられた車載器の「ETC車載器のセットアップ申込書・証明書」</li> </ul>
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有料道路を利用する前に申請してください。</li> <li>・ETC を利用される場合、割引が適用になるまで、申請から2週間ほど期間を要します。</li> <li>・登録事項に変更がある場合は、申請に必要なものすべてを持参して、お手続きをしてください。</li> </ul>	

信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）制度

**身 知 精 難**

保健福祉課福祉係（TEL 0267-32-6522）

内 容

公共施設や店舗など様々な施設に設置されている障がい者等用駐車区間を適正にご利用いただくため、障がいのある方等に、県内共通の「利用証」を交付します。必要書類を持参して、申請してください。

		1級	2級	3級	4級	5級	6級	必要書類
身体障がい	視覚	○	○	○	○			身体障害者手帳
	聴覚		○	○				
	ろうあ	○	○	○				
	平衡			○		○		
	上肢	○	○					
	下肢	○	○	○	○	○	○	
	体幹	○	○	○		○		
	脳原性上肢	○	○					
	脳原性移動	○	○	○	○	○	○	
	内部	○	○	○	○			
知的障がい	総合判定 A							療育手帳
精神障がい	1級							精神障害者 保健福祉手帳
発達障がい	歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関等が認めた方							医療機関等からの 証明書
難病	特定医療費（指定難病）受給者等							各受給者証
高齢者	要介護1以上の方							介護保険 被保険者証
妊婦	母子健康手帳を取得した方							母子健康手帳
その他けが人 または病気等	けがまたは病気等により歩行が困難であることが診断書等により確認できる方							医師診断書 (歩行困難な旨が 明記されたもの)

<b>身体障がい者用自動車改造費助成事業</b> <b>身</b> <b>難</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	身体障がい者用自動車改造に要する費用を 10 万円を限度として助成します。
対 象 者	本人運転装置の改造 ・本人が所有し運転する自動車の操行装置等を改造することにより社会参加が見込まれるもので、肢体不自由により身体障害者手帳の交付を受けている方、または難病等により肢体不自由がある方 介護装置の改造 ・本人またはその同一生計の方が所有する自動車に、移乗装置等の改造を行うことにより、介護者の負担軽減が見込まれる方で、特別障害者手当または障害児福祉手当を受給している方
申請に必要なもの	・業者の見積書 ・運転免許証の写し（両面） ・車検証の写し ・認め印 ・対象者の所得を証明する書類 ・診断書（難病の方）
備 考	改造前に申請してください。

<b>障がい者等通院費等補助事業</b> <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>難</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	対象となる方の通院・通所費に係る費用の 1 / 2 を 1 か月 1 万円を上限として補助します。
対 象 者	通院 ・じん臓機能障がいにより身体障害者手帳 1 級が交付されており、血液透析療法を受けるため町外の医療機関へ通院している方 ・小児慢性特定疾病医療受給者証が交付されており、町外の指定医療機関へ通院している方 通所 ・町外の生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援事業所または地域活動支援センターへ通所している方 ・町外の児童発達支援センターへ通所している方
申請に必要なもの	・認め印・対象者名義の通帳等（児童の場合は保護者名義の通帳等） ・各種受給者証（該当者）・公共交通機関の領収書（該当者） など
備 考	申請書に医療機関・事業所から通院・通所をしていることの証明を受けていただく必要があります。

駐車禁止除外指定車標章の交付		佐久警察署 (TEL 0267-68-0110)
内 容	歩行の困難な障がい者等に対して、駐車禁止除外指定車標章が交付されます。	
備 考	対象者、申請に必要な書類等は、警察署に直接お問い合わせください。	

鉄道 (JR) 運賃の割引 <b>身</b> <b>知</b>		各駅の乗車券販売窓口										
内 容	次のとおり割引されますので、障害者手帳を各駅の乗車券販売窓口にて提示して、割引乗車券を購入してください。											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象</th> <th>割引対象乗車券類</th> <th>割引率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1種障がい者が介護者とともに乗車する場合</td> <td>普通乗車券 回数乗車券 普通急行券 定期乗車券</td> <td rowspan="3">50%</td> </tr> <tr> <td>12歳未満の第1種、第2種障がい者が介護者とともに乗車する場合</td> <td>定期乗車券 (介護者のみ)</td> </tr> <tr> <td>第1種、第2種障がい者が単独利用する場合</td> <td>普通乗車券 (片道の営業キロが100キロを超える場合)</td> </tr> </tbody> </table>	対象	割引対象乗車券類	割引率	第1種障がい者が介護者とともに乗車する場合	普通乗車券 回数乗車券 普通急行券 定期乗車券	50%	12歳未満の第1種、第2種障がい者が介護者とともに乗車する場合	定期乗車券 (介護者のみ)	第1種、第2種障がい者が単独利用する場合	普通乗車券 (片道の営業キロが100キロを超える場合)	
対象	割引対象乗車券類	割引率										
第1種障がい者が介護者とともに乗車する場合	普通乗車券 回数乗車券 普通急行券 定期乗車券	50%										
12歳未満の第1種、第2種障がい者が介護者とともに乗車する場合	定期乗車券 (介護者のみ)											
第1種、第2種障がい者が単独利用する場合	普通乗車券 (片道の営業キロが100キロを超える場合)											
備 考	<p>上記については、JR 各社の経営する鉄道等に適用となりますので、その他の民間鉄道については、各駅の乗車券販売窓口でお問い合わせください。</p> <p>※しなの鉄道等一部民間鉄道では、精神障害者保健福祉手帳所持者に対しても、割引乗車券を販売しています。</p>											

バス・タクシー・航空旅客運賃の割引 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b>		各担当窓口
内 容	手帳を提示することで運賃の割引が受けられます。	
備 考	対象者等は、各社の判断によりますので、詳しくは各乗車券販売窓口にお問い合わせください。	

福祉タクシー利用助成事業 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	対象となる方に福祉タクシー券を交付します。
対 象 者	70歳未満で次のいずれかに該当する方 (1)身体障害者手帳1級～3級 (2)療育手帳A1、A2 (3)精神障害者保健福祉手帳1級
助 成 券	1枚400円(6枚単位、2,400円毎)で販売しています。助成券1枚につき、1,000円まで利用することができます。 年間48枚まで購入可能です。ただし、年度途中で対象者となった場合、対象となった月を含め1か月4枚の計算で購入できます。
申請に必要なもの	・障害者手帳 ・認め印 購入時は利用者の障害者手帳を提示してください。ご家族や支援者が利用者の障害者手帳を持参し、代理で購入することも可能です。
利用できるタクシー会社	以下のタクシー会社に限られます。ただし、町外の営業所でも利用可能です。 ・有限会社軽井沢観光 ・松葉自動車交通株式会社
備 考	70歳以上の方は保健福祉課介護高齢係でタクシー券を購入することができます。

移動支援事業 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>難</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	社会生活を営む上で必要となる外出や余暇活動等の外出(概ね8時間で用務を終えることが可能な外出)を支援します。ただし、通院・通勤・通学等は除きます。
利用者負担	費用の1割を負担していただきます。 ただし、市町村民税非課税世帯に属する方は無料です。
備 考	移動支援を行う事業所等との調整が必要となりますので、事前にご相談ください。

## 7 障がい福祉サービス・児童通所サービス・一時介助

内 容	<p>障害者手帳を交付されている方や、難病患者の方等を対象に、様々なサービスを提供しています。サービスの利用を希望される方は、保健福祉課福祉係（TEL 0267-32-6522）までご相談ください。</p>																						
<p><b>障がい福祉サービス（抜粋）</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">サービス名</th> <th style="text-align: center;">サービスの内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">居宅介護 (ホームヘルプ)</td> <td>自宅で、入浴、排せつ、家事援助等を行います。通院時の、付き添いも行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">同行援護</td> <td>視覚障がいがある方のために、外出するときに同行し、移動の支援を行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">行動援護</td> <td>知的障がいや精神障がいで、ひとりでの行動が難しい方に、危険を避けるために必要な行動の支援を行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">短期入所 (ショートステイ)</td> <td>自宅で介護をしている家族が病気等により介護ができなくなった時に、短い期間施設に宿泊し、食事や入浴の支援を行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">生活介護</td> <td>常に介護が必要な方に、昼間、入浴や排せつ等の支援を行います。また、創作的活動も行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">自立訓練 (機能・生活訓練)</td> <td>自立した日常生活が送れるよう、一定期間、身体機能や生活能力を向上するための訓練を行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">就労移行支援</td> <td>一般企業等で働くことを希望する方に、一定期間、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">就労継続支援 (A型・B型)</td> <td>一般企業等で働くことが難しい方に、支援を受けながら働く場所を提供し、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。A型＝雇用型 B型＝非雇用型</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">施設入所支援</td> <td>施設に入所する方に、夜間や休日、入浴、排せつ及び食事等の介護を行います。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">共同生活援助 (グループホーム)</td> <td>共同生活を行う住居で、相談や日常生活での援助を行います。</td> </tr> </tbody> </table>		サービス名	サービスの内容	居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、家事援助等を行います。通院時の、付き添いも行います。	同行援護	視覚障がいがある方のために、外出するときに同行し、移動の支援を行います。	行動援護	知的障がいや精神障がいで、ひとりでの行動が難しい方に、危険を避けるために必要な行動の支援を行います。	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護をしている家族が病気等により介護ができなくなった時に、短い期間施設に宿泊し、食事や入浴の支援を行います。	生活介護	常に介護が必要な方に、昼間、入浴や排せつ等の支援を行います。また、創作的活動も行います。	自立訓練 (機能・生活訓練)	自立した日常生活が送れるよう、一定期間、身体機能や生活能力を向上するための訓練を行います。	就労移行支援	一般企業等で働くことを希望する方に、一定期間、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。	就労継続支援 (A型・B型)	一般企業等で働くことが難しい方に、支援を受けながら働く場所を提供し、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。A型＝雇用型 B型＝非雇用型	施設入所支援	施設に入所する方に、夜間や休日、入浴、排せつ及び食事等の介護を行います。	共同生活援助 (グループホーム)	共同生活を行う住居で、相談や日常生活での援助を行います。
サービス名	サービスの内容																						
居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、家事援助等を行います。通院時の、付き添いも行います。																						
同行援護	視覚障がいがある方のために、外出するときに同行し、移動の支援を行います。																						
行動援護	知的障がいや精神障がいで、ひとりでの行動が難しい方に、危険を避けるために必要な行動の支援を行います。																						
短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護をしている家族が病気等により介護ができなくなった時に、短い期間施設に宿泊し、食事や入浴の支援を行います。																						
生活介護	常に介護が必要な方に、昼間、入浴や排せつ等の支援を行います。また、創作的活動も行います。																						
自立訓練 (機能・生活訓練)	自立した日常生活が送れるよう、一定期間、身体機能や生活能力を向上するための訓練を行います。																						
就労移行支援	一般企業等で働くことを希望する方に、一定期間、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。																						
就労継続支援 (A型・B型)	一般企業等で働くことが難しい方に、支援を受けながら働く場所を提供し、必要となる知識や能力を向上させるための訓練をします。A型＝雇用型 B型＝非雇用型																						
施設入所支援	施設に入所する方に、夜間や休日、入浴、排せつ及び食事等の介護を行います。																						
共同生活援助 (グループホーム)	共同生活を行う住居で、相談や日常生活での援助を行います。																						
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用を行うためには、指定特定相談支援事業所に、サービス等利用計画を作成していただく必要があります。</li> <li>・利用者本人とその配偶者の課税状況に応じて、利用者負担金がかかります。</li> </ul>																							

児童通所サービス（抜粋）	
サービス名	サービスの内容
児童発達支援	障がいのある未就学児を対象に、日常生活における基本的な動作や知識を指導したり、集団生活に必要な適応訓練を行ったりします。
放課後等デイサービス	就学中の障がいのある児童を対象にして、放課後や夏休み等の長期休暇中に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流促進等を行います。
保育所等訪問支援	保育所等に通う障がいのある児童を対象に、施設を支援員が訪問し、障がいのある児童以外との集団生活への適応のために専門的な支援を行います。

・サービス利用を行うためには、指定障害児相談支援事業所に、サービス等利用計画を作成していただく必要があります。

・保護者の属する住民基本台帳上での世帯の課税状況に応じて、利用者負担金がかかります。

心身障がい児（者）タイムケア事業 <b>身 知 精</b> 保健福祉課福祉係（TEL 0267-32-6522）	
内 容	在宅の心身障がい児（者）の介護者が、一時的に家庭において介護できないときに、登録介護者が年間 300 時間を上限として、介護サービスを提供します。
対 象 者	身体、知的、精神障がいがある方
申請に必要なもの	障害者手帳等障がいがあることが分かる書類
介護委託先	・心身障がい児（者）の近隣に在住する方または知人 ・社会福祉法人、NPO 法人 など
備 考	介護委託先に介護をすることが可能か確認のうえ、利用される前に申請してください。

## 8 福祉用具

<b>補装具費の支給</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">身</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">精</span> <span style="float: right;"><b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b></span>	
内 容	障がいの内容や程度により、補装具の購入や修理に要する費用について補装具費の支給が受けられます。
障がい区分	補装具の種目
肢体不自由	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
視覚障がい	視覚障がい者安全つえ、義眼、眼鏡
聴覚障がい	補聴器、人工内耳用音声信号処理装置修理
18歳未満の 身体障がい児	座位保持椅子、起立保持具、頭部保持具、排便補助具
<p>・原則1割の負担があります。</p> <p>ただし、世帯の所得に応じて負担上限月額が設定されます。</p>	
申請に 必要なもの	<p>・医師意見書 ・見積書 ・認め印 など</p> <p>※種目によって必要なものが変わります。</p>
備 考	介護保険の福祉用具と重複する種目（車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助つえ）については介護保険サービスが優先されます。

<b>軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	町内在住の18歳未満の軽度・中等度難聴児が補聴器を購入または修理した費用を助成します。
対 象 者	身体障害者手帳の交付対象外で、専門医により補聴器の装用が必要であると診断された児童
申請に 必要なもの	<p>・専門医の意見書 ・見積書 ・認め印</p> <p>・世帯員全員の市町村民税所得割額が分かる書類（課税証明書等）</p>
備 考	購入または修理をする前に、申請してください。



日常生活用具の給付 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>難</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	重度障がい者等の日常生活の便宜を図るために次の用具を給付いたします。

対 象 者	種 目
視覚障がい者	情報・通信支援用具、歩行時間延長信号機用小型送信機 盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、盲人用時計 点字タイプライター、点字器、点字図書、電磁調理器 視覚障がい者用ポータブルレコーダー 視覚障がい者用活字文書等読上げ装置 視覚障がい者用拡大読書器 視覚障がい者用ワードプロセッサ
聴覚障がい者	聴覚障がい者用情報受信装置 聴覚障がい者用通信装置、人工内耳体外部装置
視覚聴覚重複障がい者	点字ディスプレイ
肢体不自由 平衡機能障がい者	情報・通信支援用具携帯用会話補助装置 特殊寝台、特殊マット、特殊尿器、特殊便器、便器 入浴担架、入浴補助用具、体位変換器、移動用リフト 移動・移乗支援用具、訓練椅子、訓練用ベッド T字状・棒状のつえ（一本杖のみ）、頭部保護帽 居宅生活動作補助用具
音声機能 言語機能障がい者	聴覚障がい者用通信装置 携帯用会話補助装置、人工喉頭
じん臓機能障がい者	透析液加温器
呼吸器機能障がい者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ネブライザー、電気式たん吸引器、酸素ボンベ運搬車
ぼうこう 直腸等障がい者	ストーマ装具紙おむつ等（紙おむつ、洗腸用具 サラシ、ガーゼ等衛生用品）、収尿器
知的障がい者	電磁調理器、特殊マット、頭部保護帽、特殊便器

その他障がい者	火災警報器、自動消火器 座位保持用椅子、立位保持用机 移動介助用椅子（室内用・戸外用） 腰掛便器、洋式便器、排便補助器、簡易収尿器 頭部保持器、走行器、浴槽（移動用） 食器固定装置、特殊食器（皿、保温食器、スプーン等） 介助用被服類、簡易訓練用器具類 簡易自助用具類、幼児用補聴器（両耳装用）
申請に必要なもの	・見積書 ・カタログのコピー ・認め印 ・医師意見書（難病患者等が申請する場合） など
備考	・それぞれの日常生活用具について障がい等級等の条件がありますので、申請前にご相談ください。 ・購入する前に、申請してください。

<b>おむつ等購入費助成事業</b> <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>保健福祉課介護高齢係（TEL 0267-31-2512）</b>	
内 容	在宅の重度心身障がい者が使用する紙おむつ等の購入費の一部を助成します。
対 象 者	18歳以上 65歳未満の方で町民税非課税世帯に属し、以下のいずれかに該当する方 (1) 身体障害者手帳1級、2級の方 (2) 療育手帳A1、A2の方 (3) 精神障害者保健福祉手帳1級の方
申請に必要なもの	・障害者手帳 ・認め印 ・在宅での介護期間の証明書 ・非課税証明書 など
備 考	購入をする前に、申請してください。申請後、町内の販売店で利用できる助成券を発行いたします。

## 9 その他

NHK放送受信料の免除 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	次に該当する場合、受信料が全額又は半額免除になります。
全額免除	・障がい者の方を世帯構成員に有し、世帯構成員全員が町民税非課税の場合
半額免除	・世帯主かつ受信契約者の方が、次の障がい程度のいずれかに該当する場合 視覚障がい、聴覚障がい、身体障害者手帳1・2級 重度の知的障がい、精神障害者保健福祉手帳1級
申請に必要なもの	・障害者手帳等 ・認め印
備 考	免除要件に該当しなくなった場合はNHKにお申し出ください。

携帯電話利用料金の割引 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>難</b> 携帯電話各社	
内 容	障害者手帳や特定疾患医療受給者証等をお持ちの方は、携帯電話の利用料金が割引になる場合があります。サービスの内容は随時変わりますので、最新の情報は携帯電話各社へお問い合わせください。

手話通訳・要約筆記者の派遣 <b>身</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	社会生活または日常生活上でコミュニケーション支援が必要な場合に、手話通訳者や要約筆記者を派遣します。
対 象 者	聴覚障がい者または音声・言語機能障がい者
申請に必要なもの	認め印
備 考	原則、派遣を必要とする日の7日前までに申請をしてください。

<b>住宅改修費の補助</b> <b>身</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	身体障がい者が日常生活の一部を自力で行えるよう、浴室、台所、便所、洗面所等を整備改善する場合に最高 63 万円まで補助します。
対 象 者	身体障害者手帳 1 ～ 3 級所持者で、日常生活において常時介護を必要とし、前年の所得税額が 8 万円以下の世帯
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改造後の申請は受理できません。</li> <li>・ 新築や増築、住宅の全面改築、水洗化工事、老朽化を理由とする改修は補助の対象外です。</li> <li>・ 工事の内容によっては、補助の対象外となる場合があります。必ず、事前にご相談ください。</li> </ul>

<b>ヘルプマーク・ヘルプカードの配布</b> <b>保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)</b>	
内 容	援助や配慮を必要としている方に、ヘルプマーク・ヘルプカードを配布しています。
対 象 者	病気や障がい等があり、援助や配慮を必要としている方
備 考	障害者手帳の所持は必要ありません。希望する方全員に配布しています。

<b>町有施設利用料の減免</b>	
内 容	町有施設利用料が減免される場合があります。障害者手帳等を持参して、各担当窓口が減免申請をしてください。

<b>町営住宅の家賃減免</b> <b>建設水道課都市計画係 (TEL 0267-32-3129)</b>	
内 容	<p>町営住宅の家賃が減免される場合があります。詳しくは担当窓口までお問い合わせください。</p> <p>また、県営住宅の家賃についても減免される場合がありますので、各管理団体にお問い合わせください。</p>

<b>青い鳥郵便はがきの無償配布</b>		<b>最寄りの郵便局</b>
内 容	通常郵便はがき 20 枚が無償配布されます。	
対 象 者	身体障害者手帳 1、2 級の方 療育手帳 A 1、A 2 の方	
備 考	受付期間は例年 4 月 1 日から 5 月 31 日までです。 詳しくは、最寄りの郵便局へお問い合わせください。	

<b>郵便による不在者投票</b>		<b>御代田町選挙管理委員会 (TEL 0267-32-3128)</b>					
内 容	町選挙管理委員会から「郵便投票証明書」の交付を受けることにより、郵便による投票を行うことができます。 投票に先立って、事前に証明書の交付を申請してください。						
対 象 者		1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
	両下肢	○	○				
	体幹	○	○				
	移動	○	○				
	心臓	○		○			
	じん臓	○		○			
	呼吸器	○		○			
	ぼうこう 直腸、小腸	○		○			
	免疫、肝臓	○	○	○			
	備 考	上記の対象者で、かつ、上肢、視覚の障がいの程度が 1 級の方は、代理記載による郵便等投票を行うことができます。(代理記載による場合は、代理記載人を「郵便投票証明書」に記録しますので、事前に証明書の交付を申請してください。)					

避難行動要支援者名簿の作成 <b>身</b> <b>知</b> <b>精</b> <b>難</b> 保健福祉課福祉係 (TEL 0267-32-6522)	
内 容	災害時に避難行動の支援が必要な方を名簿に記載しています。
対 象 者	(1)身体障害者 視覚障害1級～4級 聴覚障がい1級～4級 肢体不自由1級～3級の方 (2)療育手帳A1、A2の方 (3)精神障害者保健福祉手帳1級の方 (4)障害福祉サービスを利用している難病患者
備 考	名簿への記載を希望する方は、福祉係までお越してください。

聴覚や発話に障がいがある方のための110番・119番通報 <b>身</b>	
内 容	<p>聴覚、音声、言語機能等に障がいがあり、音声で会話することが難しい方は、以下の方法で通報することができます。</p> <p><b>110番通報をしたい場合</b> FAX110番・110番アプリシステムが利用できます。 詳しくは、最寄りの警察署にお問い合わせいただくか、長野県警察ホームページをご覧ください。</p> <p><b>119番通報をしたい場合</b> FAX119・電子メール119・NET119が利用できます。 詳しくは、最寄りの消防署にお問い合わせいただくか、佐久広域連合消防本部ホームページをご覧ください。</p>

その他相談窓口	
3 障がい対応の総合相談窓口	佐久広域連合障害者相談支援センター (TEL 0267-63-5177)
児童の福祉に関する相談全般	佐久児童相談所 (TEL 0267-67-3437)
児童の発達に関する相談等	さく発達相談支援センター (TEL 0267-64-1022)
障がい者の就業や生活に関する相談	佐久圏域 障がい者就業・生活支援センター (TEL 0267-66-3563)
障がい者の就職のための支援	長野障害者職業センター (TEL 026-227-9774) ハローワーク佐久 小諸出張所 (TEL 0267-23-8609)

障がい者のための福祉のしおり

編集・発行 御代田町保健福祉課福祉係

電話 0267 (32) 6522

FAX 0267 (31) 2511

〒389-0292 御代田町大字馬瀬口 1794 番地 6