

東栄町障がい福祉 ガイドブック



東栄町障害者自立支援協議会

目 次

| | |
|---------------------|----|
| 東栄町障がい福祉ガイドブックについて | 1 |
| 制度を利用するには | |
| ～どんなことについて、知りたいですか～ | 2 |
| ＜制度の利用＞ | |
| 1 相談する場所 | 3 |
| 2 障害者手帳を作るには | 4 |
| 3 手当・年金をもらうには | 6 |
| 4 医療費の負担を減らすには | 12 |
| 5 車いすなどの福祉用具の購入する場合 | 17 |
| 6 税金の減免を受けるには | 19 |
| 7 交通に関する制度は | 20 |
| 8 仲間作りの場は | 23 |
| 9 ヘルパーや施設を利用するには | 24 |
| 10 その他の制度 | 25 |
| 団体紹介 | 28 |
| 事業所紹介 | 31 |
| 資料編 | 74 |



東栄町障がい福祉ガイドブックについて

東栄町には、町民の皆さんが、地域で生き生きと安心して生活できるように、いろいろなサービスがあります。

この障がい福祉ガイドブックは、障がいをお持ちの方が受けられるサービスや相談窓口を紹介するために、作成しました。

**困った時は、どこに相談したらよいか。
手当を受けるにはどうしたらよいか。**

など、生活の中でお困りのことがありましたら、ぜひこのガイドブックをご活用ください。

このガイドブックは、令和4年4月1日現在の情報で掲載してあります。掲載内容は、変更になることがありますので、ご注意ください。また、詳しい内容や具体的な手続きについては、お気軽にお問い合わせください。

「害」の字をひらがな表記にすることについて

「害」の字には、「わるくすること」や、「わざわい」などの意味もあるため、違和感や不快感を抱く方もいます。また「障がい」の表記を目にすることで、障がい福祉に関心を持つきっかけや、「障がいのある方もそうでない方も共に助け合い生活できる社会」の実現に向けた意識を持つきっかけになることも期待できます。このため、このガイドブックでは、法令で定められた用語や団体名などの固有名詞を除き、ひらがなで表記しています。

～どんなことについて、知りたいですか？～

はい、いいえに従って進んでください。

スタート

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳
のどれかをお持ちですか？

いいえ → 相談窓口 3ページへ
手帳の取得 4・5ページへ

はい

知りたいこと
聞きたいこと
が決まっていますか？

いいえ → 相談窓口 3ページへ

はい

どんなことについて知りたい
(聞きたい)ですか？

ア 手当・年金 6ページへ

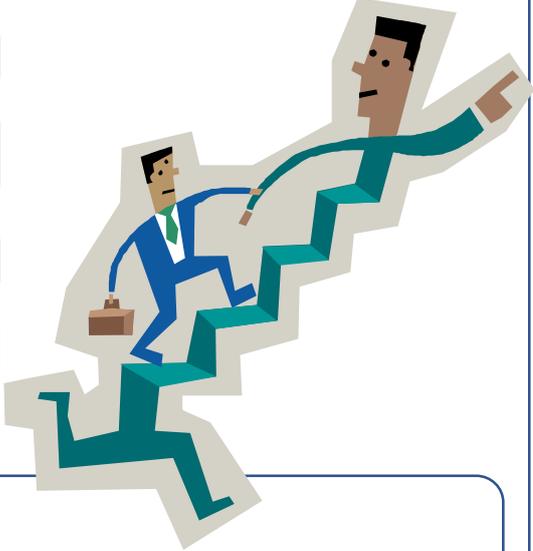
イ 医療費の助成 12ページへ

ウ 車いすなどの福祉用具の購入
17ページへ

エ 税金の免除 19ページへ

オ 交通に関する制度 20ページへ

カ 仲間作りの場 23ページへ



キ ヘルパーや福祉施設の利用
65歳以上の方ですか？
いいえ ↓
利用の手続き 24ページへ

はい → 介護保険制度の対象となります。
窓口：福祉課介護保険係
電話：76-1815

ク それ以外の相談
その他の制度 25ページへ または 相談窓口 3ページへ

| 東栄町役場 | |
|-------|---|
| 対象者 | 町内にお住まいで障がいのある方や、ご家族の方など |
| 内容 | 障害者手帳の手続きや、手当の申請受付などの他に、障がいのある方が毎日の暮らしのなかで困っていることや不安に感じていることなどの相談に応じます。 |
| 窓口 | 福祉課 電話：76-1815 |

| 東栄町相談支援事業所 | |
|------------|---|
| 対象者 | 町内にお住まいで障がいのある方や、ご家族の方など |
| 内容 | 障がいのある方が、毎日の暮らしのなかで困っていることや不安に感じていることを、どうやったら解決できるか、専門の相談員が相談に応じます。 |
| 窓口 | 愛厚すぎのきの里 相談支援事業所 電話：79-3421 |

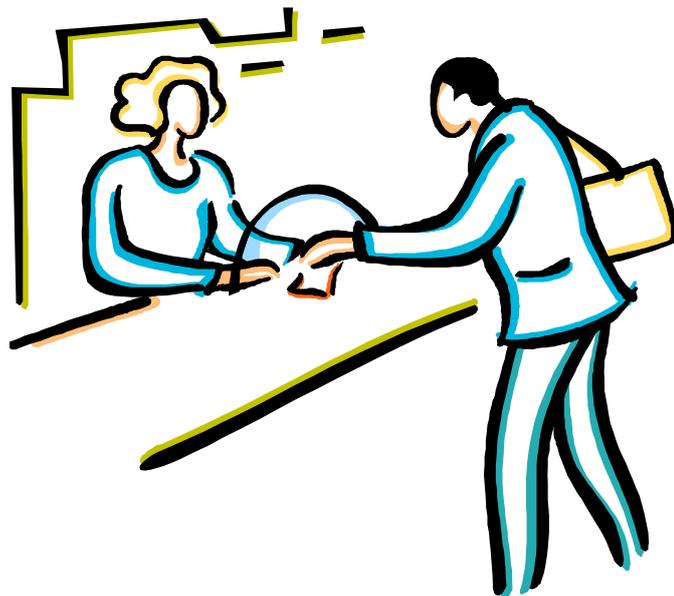
| 東栄町社会福祉協議会 | |
|------------|--|
| 対象者 | 町内にお住まいの方 |
| 内容 | 福祉に関することで、生活に関わる様々な相談に応じます。必要な時には、悩みや困りごとを解決するために関係機関や団体等に紹介や連携をしています。 |
| 窓口 | 東栄町社会福祉協議会 電話：76-1740 |

2、障害者手帳を作るには

| 身体障害者手帳 | |
|----------|--|
| 手帳ができるまで | <p style="text-align: right;">東三河児童・障害者相談センター ③判定・発行</p> |
| 手続き | <p>次のものを持参のうえ、申請してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の診断書（用紙は役場にありますが） ・認印 ・写真（たて4cm、横3cmの証明写真） ・個人番号がわかるもの |
| その他 | 障がいの程度に変更があった場合も同じ手続きとなります。 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 療育手帳 | |
|----------|---|
| 手帳ができるまで | <p style="text-align: right;">東三河児童・障害者相談センター ③面接・判定・発行</p> <p>※18歳未満の方については、新城設楽福祉相談センターで面接などを行います。</p> |
| 手続き | <p>次のものを持参のうえ、申請してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認印 ・写真（たて4cm、横3cmの証明写真） <p>※この他にも書類が必要となる場合もあります。</p> |
| その他 | 手続きの際には、役場にて聞き取り調査をさせていただきます。 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 精神障害者保健福祉手帳 | |
|-------------|--|
| 手帳ができるまで | <div style="text-align: center;"> </div> |
| 手続き | <p>次のものを持参のうえ、申請してください。</p> <p><精神障がいにより障害年金を受給されている場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認印 ・ 写真（たて4 cm、横3 cmの証明写真） ・ 年金証書（診断書の種類が4（精神の障害用）のもの） ・ 年金の振込通知書 ・ 個人番号がわかるもの <p><診断書で申請される場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の診断書（用紙は役場にありますが） ・ 認印 ・ 写真（たて4 cm、横3 cmの証明写真） ・ 個人番号がわかるもの |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |



3、手当・年金をもらうには

| 特別障害者手当 | |
|----------------|---|
| 対象者 | 20歳以上で、著しく重度の障がいの状態にあり、日常生活において常時特別の介護を要する在宅の方 |
| 要件 | 次のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳2級(一部を除く)以上の障がい重複の方。 ②身体障害者手帳2級(一部を除く)以上の方で、IQ20以下もしくは常時介護が必要な精神障がいのある方。 ③身体障害者手帳2級(一部を除く)以上の方、又はIQ20以下もしくは常時介護が必要な精神障がいがあり、他に身体障害者手帳3級相当の障がい2つ以上ある方。 ④身体障害者手帳2級(一部を除く)以上の方、又はIQ20以下もしくはこれと同程度の障がい又は病状があり、日常生活においてほぼ全面介護が必要な方。 |
| 支給月額 | 対象となる方の状態により、以下の3つに区分されます。 A種 : 33,790円 B種 : 27,990円 C種 : 26,940円 |
| 支給月 | 5月、8月、11月、2月の年4回に分けて支払います。 |
| その他 | 3ヶ月以上の入院や、施設入所等をしている場合や、一定の所得を超える場合は支給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・診断書 ・年金証書 ・年金の振込通知書 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 ・個人番号がわかるもの |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 障害児福祉手当 | |
|---------|--|
| 対象者 | 20歳未満で日常生活において常時介護を要する在宅の障がい児 |
| 要件 | 次のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳1級(2級の一部を含む)の方 ②IQ20以下の方 ③上記と同程度の障がいまたは病状で、常時介護が必要な方 |
| 支給月額 | 対象となる方の状態により、以下の3つに区分されます。 A種 : 21,550円 B種 : 15,800円 C種 : 14,650円 |
| 支給月 | 5月、8月、11月、2月の年4回に分けて支払います。 |
| その他 | 施設入所をしている場合や一定の所得を超える場合は受給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・診断書 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 特別児童扶養手当 | |
|------------------|---|
| 対象者 | 20歳未満の障がい者を監護、養育している方 |
| 要件 | 次のいずれかに該当する方 ① IQ35以下程度又は身体障害1～2級程度 又は同程度の障がい又は症状を有する方 ② IQ50以下程度又は身体障害3級(4級の一部含む)程度 又は同程度の障がい又は症状を有する方 |
| 支給月 ・ 支給月額 | 4月、8月、11月の年3回に分けて支払います。 1級 : 52,500円 (①の方が対象) 2級 : 34,970円 (②の方が対象) |
| その他 | 施設入所をしている場合や一定の所得を超える場合は受給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・診断書 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

3、手当・年金をもらうには

| 愛知県在宅重度障害者手当 | |
|--------------|---|
| 対象者 | ①身体障害者手帳1級又は2級の方 ②IQ35以下と判定され療育手帳のお交付を受けた方 ③身体障害者手帳3級で、IQ50以下の方 |
| 支給月額 | 対象となる方の状態により、以下の2つに区分されます。 1種 : 15,500円 (①かつ②の方が対象) 2種 : 6,750円 (①~③のいずれかに該当する方が対象) |
| 支給月 | 4月、8月、12月の年3回に分けて支払います。 |
| その他 | 新たに障害者手帳を取得した65歳以上の方や、3ヶ月以上の入院、施設入所している場合、一定の所得を超える場合は、受給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 東栄町心身障害者手当 | |
|------------|---|
| 対象者 | ①身体障害者手帳1級又は2級の方 ②療育手帳A判定の方 |
| 支給月額 | 4,000円 |
| 支給月 | 3月、7月、11月の年3回に分けて支払います。 |
| その他 | 施設入所している場合は、受給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 児童扶養手当 | |
|--------|---|
| 対象者 | 配偶者が一定の障がいの状態にあり、かつ18歳未満の児童を監督・保護している方 |
| 支給月額 | 児童1人 42,500円 2人目 53,350円 3人目以降6110円加算 |
| 支給月 | 1月、3月、5月、7月、9月、11月の年6回に分けて支払います。 |
| その他 | 児童が施設入所している場合や、一定の所得を超える場合、公的年金を受給している場合などは受給できません。 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・診断書 ・手当を振り込む金融機関の口座番号が分かるもの(通帳など) ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 東栄町遺児手当 | |
|---------|--|
| 対象者 | 父又は母が身体障害者手帳1級又は2級の方 もしくは国民年金法における障害等級1級に相当する方 |
| 支給月額 | 遺児1人につき月額2,500円 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・遺児の戸籍謄本 ・身体障害者手帳もしくは国民年金証書の写し ・その他事実を証明する書面等 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

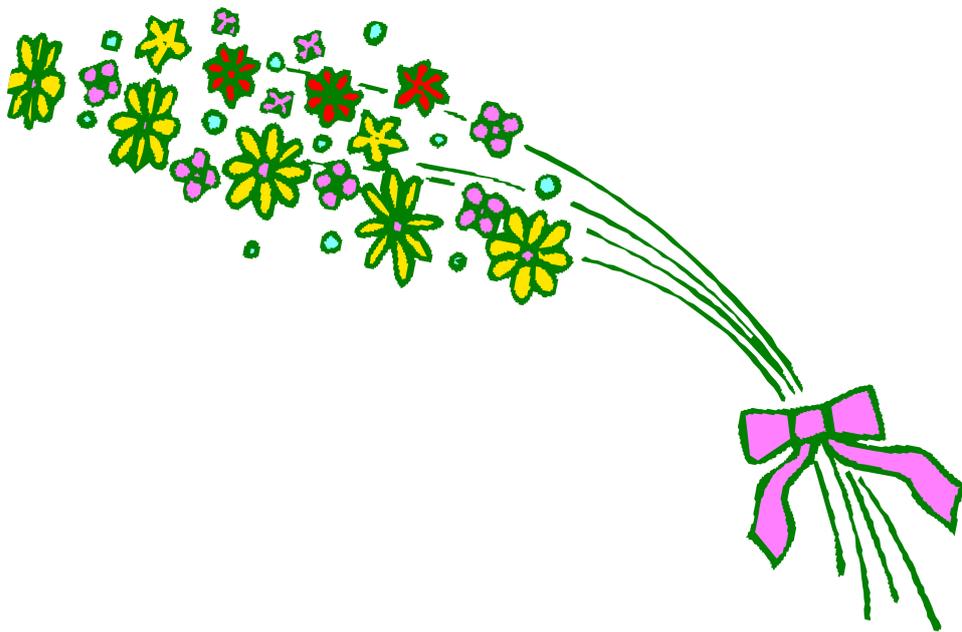
※それぞれの手当の「障がいの状態」や「所得制限」は、それぞれの手当によって異なります。詳しくは、窓口へお問い合わせください。

3、手当・年金をもらうには

| 障害基礎年金 | |
|--------|--|
| 対象者 | <p>①国民年金に加入している期間中などに、障がい者となった方</p> <p>②20歳になる前に障がい者となった方</p> <p>③60歳以上～65歳未満の期間中に障がい者となった方</p> <p>①～③の方のうち、国民年金法における障害等級1・2級に該当する場合に支給対象となります。(※障害等級は、身体障害者手帳の障害等級とは異なります。)</p> |
| その他 | <p>* 障害等級の他に、一定の保険料の納付があったかどうか等も、要件になります。</p> <p>* 支給金額については、障害等級及び子の加算額等により異なります。</p> <p>詳しいことは、窓口へお気軽にお問い合わせください。</p> |
| 窓口 | <p>福祉課：76-1815</p> <p>豊川年金事務所：0533-89-4044</p> |

| 障害厚生年金 | |
|--------|--|
| 対象者 | <p>①厚生年金に加入している期間中などに、障がい者となった方</p> <p>厚生年金法における障害等級1～3級に該当する場合に支給対象となります。(※障害等級は、身体障害者手帳の障害等級とは異なります。)</p> |
| その他 | <p>* 障害等級の他に、障害基礎年金の給付要件を満たしているか等も、要件になります。</p> <p>* 支給金額については、対象者の給与収入の状況などにより異なります。</p> <p>詳しいことは、窓口へお気軽にお問い合わせください。</p> |
| 窓口 | <p>福祉課：76-1815</p> <p>豊川年金事務所：0533-89-4044</p> |

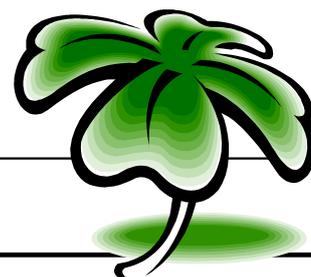
| 特別障害給付金 | |
|---------|--|
| 対象者 | 国民年金の任意加入期間に加入しなかったことにより障害基礎年金等を受給していない方で、障害基礎年金の1・2級に該当する方 |
| その他 | * 対象となるには、細かい要件があります。 * 支給金額については、障害等級によって異なります。 詳しいことは、窓口へお気軽にお問い合わせください。 |
| 窓口 | 福祉課：76-1815 豊川年金事務所：0533-89-4044 |



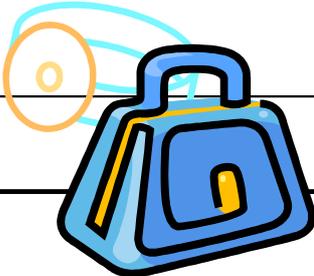
4、医療費の負担を減らすには

| 障害者医療費 | |
|--------|---|
| 内容 | 病院などで診療などを受けた際に、支払窓口での自己負担分が軽減されます。入院時の食事療養費や保険適用外のものは対象外です。 |
| 対象者 | ①身体障害者手帳 1 級～ 3 級の方 (じん臓機能障害の場合は 4 級 進行性筋委縮症の場合は 6 級まで対象) ②療育手帳 A 判定、B 判定の方 ③自閉症状群と診断されている方 ④精神障害者保健福祉手帳 1・2 級の方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・身体障害者手帳又は療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 ・健康保険証 ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 母子父子家庭等医療費 | |
|------------|--|
| 内容 | 病院などで診療などを受けた際に、支払窓口での自己負担分が軽減されます。入院時の食事療養費や保険適用外のものは対象外です。児童が施設入所している場合や、一定の所得を超える場合などは助成が受けられません。 |
| 対象者 | 配偶者が一定の障がいの状態にあり、かつ 18 歳未満の児童を監督・保護している方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・健康保険証 ・認印 ・所得証明書(転入された方) |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |



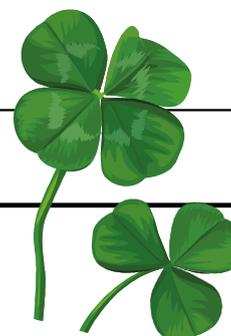
| 精神障害者医療費 (精) | |
|--------------|--|
| 内容 | 精神疾患にかかる診療などを受けた際に、支払窓口での自己負担分が軽減されます。 ※→P 16の例1を参考にしてください。 |
| 対象者 | 自立支援医療(精神通院)を受給している方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費受給者証(精神通院) ・健康保険証 ・認印 ※入院の場合は、医療費を一度お支払いいただいた後、領収書と、口座番号の分かるものを持参してください。後日振り込みにてお返しします。(医療費とは、食事療養費や保険適用外のものを除いた自己負担分です。) |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 後期高齢者福祉医療費 (福) | |
|----------------|--|
| 内容 | 病院などで診療などを受けた際に、支払窓口での自己負担分が軽減されます。入院時の食事療養費や保険適用外の内容は対象外です。 |
| 対象者 | 障害者医療費又は母子家庭等医療費又はの対象となる方で、後期高齢者医療制度に加入された方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳 ・健康保険証 ・認印  |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

4、医療費の負担を減らすには

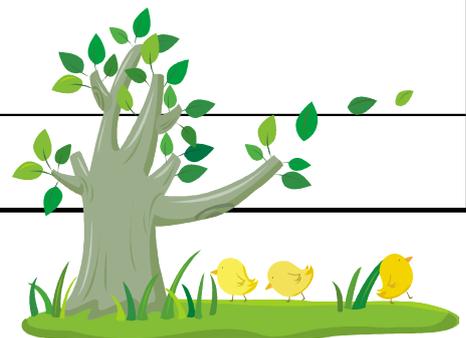
| 東栄町精神障害者医療費 | |
|-------------|---|
| 内容 | 精神疾患にかかる診療などを受けた際の自己負担分が助成されます。 (精神障害者保健福祉手帳をお持ちでない方も対象となります。) ※→P 16の例2を参考にしてください。 |
| 対象者 | ①自立支援医療(精神通院)を受給している方 ②精神病院又は精神科に入院している方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・精神疾患にかかる診療での領収書 ・認印 |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 自立支援医療費(精神通院医療) | |
|-----------------|---|
| 内容 | 精神疾患にかかる診療などを受けた際に、支払窓口での自己負担分が1割に軽減されます。 ※→P 16を参考にしてください。 |
| 対象者 | 精神疾患を有し、通院により継続的な医療を必要とする方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 ・診断書 ・健康保険証 ・通院している病院と薬局の連絡先が分かるもの ・認印 ・個人番号がわかるもの |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |



| 自立支援医療費(更生医療) | |
|---------------|--|
| 内容 | 身体障害者手帳に記載された障がいに関して、身体機能の回復を図る為に必要な医療を受けた際に、支払窓口での自己負担分が1割に軽減されます。対象医療が定められていますので、申請前に一度ご相談ください。 |
| 対象者 | 身体障害者手帳をお持ちの18歳以上の方 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・意見書 ・健康保険証 ・通院している病院と薬局の連絡先が分かるもの ・認印 ・個人番号がわかるもの |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |

| 自立支援医療費(育成医療) | |
|---------------|--|
| 内容 | 身体障害者手帳に記載された障がいに関して、除去や軽減手術などの治療によって生活能力を得るために必要な医療を受けた際に、支払窓口での自己負担分が1割に軽減されます。 |
| 対象者 | 18歳未満であって、身体に障がいのある児童 |
| 手続き | 次のものを持参のうえ申請してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・意見書 ・健康保険証 ・納税証明書 ・認印 ・個人番号がわかるもの |
| 窓口 | 福祉課 76-1815 |



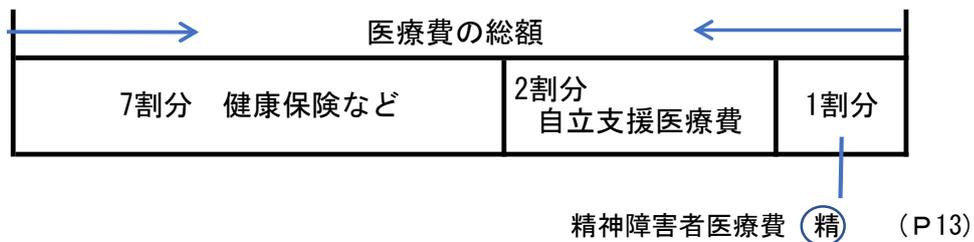
4、医療費の負担を減らすには

～精神疾患に関する医療費助成制度の利用の仕方～

例1

自立支援医療費受給者証を持っていることが前提です！

自立支援医療費受給者証をお持ちの方は、精神疾患にかかる診療を通院で受けた場合に限り、窓口での自己負担額は0円になります。

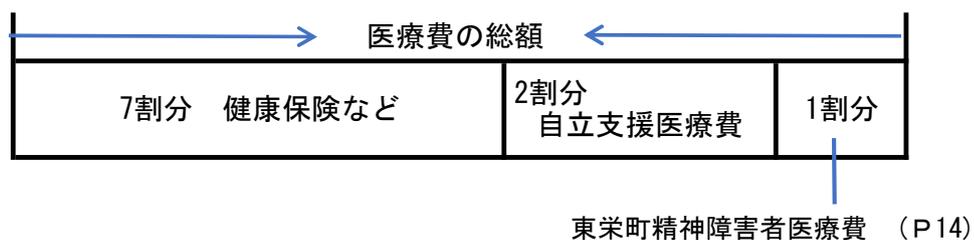


- ①まず、全体の医療費のうちの、7割分は、健康保険等から支払われます。(残り3割)
 - ②自立支援医療費受給者証をお持ちの方は、自己負担額が1割に軽減されます。(残り1割)
 - ③精神障害者医療費 (精) により、残りの1割分も免除されます。
- 窓口での自己負担額は0円になります。

例2

自立支援医療費受給者証を持っていることが前提です！

自立支援医療費受給者証をお持ちの方で、精神疾患にかかる診療を県外の病院等で受けた場合は、一度自己負担額のお支払いいただきますが、後で役場で手続きすると、支払った自己負担分が返ってきます。



- ①まず、全体の医療費のうちの、7割分は、健康保険等から支払われます。(残り3割)
- ②自立支援医療費受給者証をお持ちの方は、自己負担額が1割に軽減されます。(残り1割)
- ③医療機関の窓口で、1割分をお支払いいただきます。
- ④1割分を支払った後、領収書を役場へお持ちいただき、東栄町精神障害者医療費支給の申請をしていただくと、後日1割分を指定の口座に振り込みいたします。

→ 一旦1割分はお支払いいただきますが、後でお返すため、結局、自己負担額は0円になります。