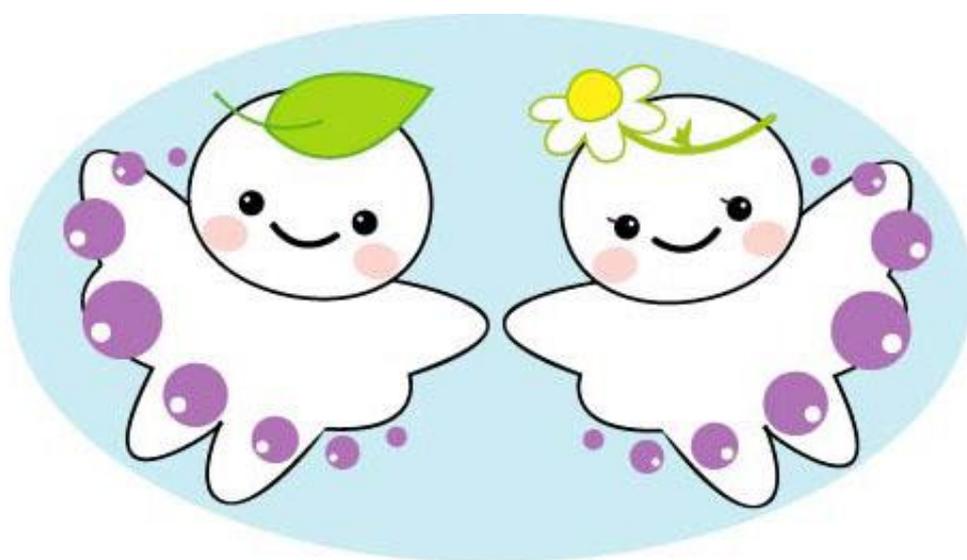


障がい者福祉制度のあらまし



池田町

令和6年4月

目次

| | |
|----------------------|-----|
| 【等級別福祉制度早見表】 | 1～2 |
| 【手帳制度】 | |
| 身体障害者手帳 | 3 |
| 療育手帳 | 4 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 4 |
| 【医療】 | |
| 医療を受けるには | |
| 障がい者歯科診療 | 5 |
| 難病についてのご相談 | 5 |
| 後期高齢者医療制度への加入 | 6 |
| 医療費の助成を受けるには | |
| 更生医療・育成医療の給付 | 6 |
| 自立支援医療 精神通院医療 | 7 |
| 難病患者の医療費給付 | 7 |
| 福祉医療費特別給付 | 8 |
| 【年金・手当等】 | |
| 年金を受けるには | |
| 障害基礎年金 | 9 |
| 障害厚生年金 | 9 |
| 障害者扶養共済制度 | 12 |
| 手当等を受けるには | |
| 特別児童扶養手当 | 13 |
| 児童扶養手当 | 14 |
| 障害児福祉手当 | 15 |
| 特別障害者手当 | 16 |
| 生活福祉資金の貸付を受けるには | 18 |
| 【税金】 | |
| 所得税に関する所得控除 | 19 |
| 利子等の非課税（障がい者マル優） | 19 |
| 相続税に関する障害者控除 | 20 |
| 贈与税の非課税 | 20 |
| 個人事業税の非課税 | 20 |
| 自動車税・軽自動車税・自動車取得税の減免 | 21 |

【生活の支援】

| | |
|-------------------------------------|----|
| 補装具の交付・修理を受けるには | 22 |
| 日常生活用具の交付・貸与を受けるには | 23 |
| 居宅生活における支援を利用するには | |
| ホームヘルパー等による支援（障害福祉サービス 訪問系サービス） | 23 |
| 訪問入浴サービス | 24 |
| 一時的な支援が必要になったときには | |
| 短期入所（障害福祉サービス 訪問系サービス） | 24 |
| タイムケア | 24 |
| 日中一時支援 | 25 |
| 支え合い活動（サポートてるてる） | 25 |
| 日中を過ごす場所は | |
| 地域活動支援センター | 26 |
| 精神科デイケア（メンタルケアセンターあづみ） | 26 |
| 生活介護（障害福祉サービス 日中活動系サービス） | 26 |
| 選挙の投票所へ行くことができないときには | 27 |
| 手話通訳・要約筆記者を利用するには | 27 |
| 障害者用駐車区画を利用するには（信州パーキングパーミット） | 27 |
| 配慮をお願いしたいことを周囲に知らせるには（ヘルプマーク） | 28 |
| 災害時避難等の支援を受けたい場合は（避難行動要支援者名簿登録） | 28 |
| 聴覚障害者等向け電話通訳サービスを受けたい場合は（電話リレーサービス） | 28 |

【住まい（住宅）】

| | |
|---------------------------|----|
| 住宅改修（障害者にやさしい住宅改良） | 29 |
| 公営住宅へ入居するには | 29 |
| グループホーム（障害福祉サービス 居住系サービス） | 29 |

【外出の支援】

| | |
|------------------------|----|
| 外出時の付添いが必要なときには | |
| 移動支援 | 30 |
| 福祉輸送サービス（移動支援・車両移送支援型） | 30 |
| 自動車改造費の助成 | 31 |

【各種割引制度】

| | |
|------------------|----|
| 運賃等の割引を受けるには | |
| タクシー運賃の割引 | 32 |
| 鉄道運賃の割引 | 32 |
| バス運賃の割引 | 32 |
| 町営バス運賃の割引 | 33 |
| 航空旅客運賃の割引 | 33 |
| 有料道路・高速道路通行料金の割引 | 34 |
| NHK受信料の免除を受けるには | 35 |

| | | |
|-----------------------------|-------|----|
| 携帯電話料金の割引サービス | ..... | 35 |
| 【就労について】 | | |
| 職業訓練を受けるには | | |
| 公共職業訓練 | ..... | 36 |
| 就職をするには | | |
| トライアル雇用 | ..... | 36 |
| 就労の支援を受けるには | | |
| 障害者就業・生活支援センター（就労支援ワーカー） | ..... | 36 |
| 福祉企業センター | ..... | 36 |
| 就労移行支援（障害福祉サービス 日中活動系サービス） | ..... | 37 |
| 就労継続支援（障害福祉サービス 日中活動系サービス） | ..... | 37 |
| 【障害者総合支援法のサービス】 | | |
| 介護給付（障害者支援区分認定が必要） | ..... | 38 |
| 訓練給付（障害者支援区分認定は必要としない） | ..... | 39 |
| 児童の通所支援 | ..... | 39 |
| 相談支援 | ..... | 40 |
| 【相談窓口】 | | |
| 生活全般に関するご相談は | | |
| 大北圏域障害者総合支援センター（スクラム・ネット） | ..... | 41 |
| 相談ができるおもな窓口 | ..... | 41 |
| 18歳未満の児童についての総合的なご相談は | ..... | 41 |
| どこに相談してよいか分からない・内容が整理できないとき | ..... | 41 |
| 【権利擁護】 | | |
| 障がい者の虐待に関わるご相談は | ..... | 42 |
| 成年後見制度に関わるご相談は | ..... | 43 |

◆ **ご注意**

この冊子は、障がいがある方に関係する福祉制度の主な内容を簡易にまとめて紹介したものです。制度のすべてを説明したものではありません。また内容が変更される場合があります。制度を利用される場合は、詳細について事前に各制度担当窓口にお確かめ下さい。

等級別福祉制度早見表

◆障害者手帳の交付を受けている

◎…該当するもの ○…該当するが、制度適応には他の条件があるもの △…一部該当するもの

| 手帳の種類 等級 | 身体障害者手帳 | | | | | | 療育手帳 | | | | 精神保健福祉手帳 | | | 難病 | ページ |
|-----------------|---------|---|---|---|---|---|------|----|----|----|----------|---|---|----|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | A1 | A2 | B1 | B2 | 1 | 2 | 3 | | |
| 障がい者歯科診療 | ◎ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | ◎ | ○ | ○ | | 5 |
| 更生・育成医療 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | 6 |
| 自立支援医療（精神通院医療） | | | | | | | | | | | ○ | ○ | ○ | | 7 |
| 障がい者医療費給付 | ◎ | ◎ | ◎ | | | | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | | 8 |
| 障害者扶養共済制度 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 12 |
| 生活福祉資金の貸付 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 18 |
| 所得税の障がい者控除 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 19 |
| 利子等の非課税 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 19 |
| 相続税の障害者控除 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 20 |
| 贈与税の非課税 | ◎ | ◎ | | | | | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 20 |
| 補装具の交付・修理 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | 22 |
| 日常生活用具の交付・修理 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 23 |
| 障害福祉サービス | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 23～26 38～40 |
| 訪問入浴サービス | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | 24 |
| タイムケア | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 24 |
| 日中一時支援 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 25 |
| 支え合い活動 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 25 |
| 地域活動支援センター | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 26 |
| ヘルプマーク | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 28 |
| 避難行動要支援者名簿登録 | ◎ | ◎ | | | | | ◎ | ◎ | | | ◎ | | | △ | 28 |
| 住宅改修 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | 29 |
| 公営住宅への入居 | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 29 |
| 移動支援 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 30 |
| 自動車改造費の助成 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | 31 |
| タクシー運賃の割引 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | △ | △ | △ | | 32 |
| 鉄道運賃の割引 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | 32 |
| バス運賃の割引 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | ○ | ○ | | 32 |
| 町営バス運賃の割引 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 33 |
| 航空旅客運賃の割引 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 33 |
| 有料道路・高速道路通行料金割引 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | 34 |
| NHK受信料の免除 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 35 |
| 携帯電話の割引サービス | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | 35 |
| 公共職業訓練 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 36 |
| トライアル雇用 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 36 |
| 就労支援ワーカー | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 36 |
| 福祉企業センター | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 36 |

手帳制度

1. 身体障害者手帳の交付を受けるには

(身体障がい者)

| | |
|--------------------------------------|--|
| 内 容 | <p>身体障害者手帳は、身体に障がいのある方が、様々な福祉施策を利用するために必要な手帳です。</p> <p>身体障害者福祉法によるサービス以外にも、電車、バス、飛行機等の交通機関の割引制度があります。</p> <p>また、障がいの程度によって、1級（最重度）～6級（軽度）までに区分され、申請後1～2ヵ月後に交付されます。</p> |
| 交 付 対 象 | <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障がい ・聴覚障がい ・平衡機能障がい ・音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障がい ・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の障がい） ・心臓機能障がい ・じん臓機能障がい ・呼吸器機能障がい ・ぼうこう又は直腸機能障がい ・小腸機能障がい ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい ・肝臓機能障がい |
| 申 請 に 必 要 な 書 類 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳交付申請書 ・指定医師による診断書又は意見書 ・個人番号（マイナンバー）カード <ul style="list-style-type: none"> ※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類（免許証等） ※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類と委任状 ・写真（縦4cm×横3cm）…正面脱帽1枚 |
| 窓 □ | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000</p> |

2. 療育手帳の交付を受けるには

(知的障がい者)

| | |
|----------|--|
| 内 容 | <p>療育手帳は、知的障がいのある方が一貫した療育・援助を受け、様々な福祉施策を利用するために必要な手帳です。</p> <p>知的障害者福祉法による援護以外にも、電車、バス、飛行機（国内線に限る）等の交通機関を割引制度があり、利用できます。</p> <p>障がいの程度によって、A1，A2，B1，B2に区分されます。</p> |
| 交 付 対 象 | 児童相談所又は知的障害者更生相談所で知的障がいと判定された方 |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・療育手帳交付申請書 ・印鑑 ・写真（縦4cm×横3cm）…正面脱帽1枚 |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内）</p> <p>電話 0261-61-5000</p> |

3. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるには

(精神障がい者)

| | |
|----------|--|
| 内 容 | <p>精神障害者保健福祉手帳は、一定の精神障がいを持つ方が様々な福祉的施策を利用するために必要な手帳です。</p> <p>障がいの程度によって、1級、2級、3級に区分されます。</p> |
| 交 付 対 象 | 精神疾患（知的障がいがある場合を除く）を有しているために、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方 |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・障害者手帳申請書 ・診断書（精神障害者保健福祉手帳用）又は精神障害を支給事由とする年金証書の写し等 ※年金証書の写しの場合は同意書が必要です。 ・印鑑 ・個人番号（マイナンバー）カード ※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類（免許証等） ※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類と委任状 ・写真（縦4cm×横3cm）…正面脱帽1枚 |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内）</p> <p>電話 0261-61-5000</p> |

医 療

1. 医療を受けるには 障がい者歯科診療

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | |
|---------|---|------------------------------------|
| 内 容 | 重度障がい者のため、県内の4病院に障がい者用歯科医療機器が整備されています。また、「障がい者歯科相談医療制度」により、身近で相談や診療が受けられます。 | |
| 医 療 機 関 | ①障がい者用歯科医療機器が整備されている病院 中信 松本歯科大学病院 住所 塩尻市広丘郷原 1780 電話 0263-51-2300 (東信 浅間総合病院、北信 長野赤十字病院、南信 昭和伊南総合病院) ②身近な歯科医 | |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・大町保健福祉事務所 ・長野県歯科医師会 ・各医療機関 | 電話 0261-22-5111 電話 026-227-5711 |

難病についてのご相談

(難病患者等)

| | | |
|--------|---|------------------------------------|
| 内 容 | 難病患者及びその家族に対し、難病に関する医療相談や生活相談等、疾病に対する正しい理解やその支援について相談を受けます。 | |
| 利用できる方 | 難病患者及びその家族等 | |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・難病相談支援センター ・大町保健福祉事務所 | 電話 0263-34-6587 電話 0261-22-5111 |

後期高齢者医療制度（後期高齢者医療保険）への加入

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）

| | |
|---------------|--|
| 内 容 | 一定の障がいがある方は通常75歳から加入する後期高齢者医療制度に65歳から加入できます。これにより、国民健康保険加入の方は多くの場合、保険料や医療費が軽減されます。（保険適用となる医療費が通常1割負担となります） |
| 対 象 と なる 方 | 65歳～74歳の方で、以下のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳の1級、2級、3級の交付を受けている方 ②身体障害者手帳の4級の交付を受けている方で、音声機能障害、言語機能障害または下肢機能障害の一部の方 ③療育手帳A1、A2の交付を受けている方 ④精神障害者保健福祉手帳の1級、2級の交付を受けている方 ⑤障害年金1級、2級を受けている方 |
| 申請に必要な持ち物 | ・該当の障害者手帳または障害年金の年金証書 ・印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 住民課保険医療係 電話 0261-62-2203（住民課直通） |

2. 医療費の助成を受けるには 更生医療・育成医療の給付

（身体障がい者）

| | |
|------------------|---|
| 内 容 | 身体上の障がい除去、又は障がいの程度を軽くするために必要な医療を受けることができます。（18歳以上は更生医療、18歳未満は育成医療） |
| 対象となる 医 療 の 例 | ①視覚障がい…角膜移植術、水晶体摘出術、網膜剥離手術 等 ②聴覚障がい…鼓膜穿孔閉鎖術、人工内耳、外耳・外耳道の形成術 等 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 ④肢体不自由…人工関節置換術、切断端形成術、理学療法 等 ⑤内部障がい…人工弁置換術、ペースメーカー埋込術、人工透析、腎移植術、肝臓移植術、中心静脈栄養法、抗HIV療法、免疫調節療法、内臓障害 等 |
| 費 用 負 担 | 原則、医療費の10%（所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。） |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療費支給認定申請書 ・指定医による更生医療意見書 ・世帯の市町村民税課税（非課税）証明書又は税務情報等の閲覧調査同意書 ・健康保険証の写し ・身体障害者手帳（心臓機能障がいのうち緊急を要する場合は手帳申請と同時申請が可能） ・個人番号（マイナンバー）カード ※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類（免許証等） ※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類 ・印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

自立支援医療 精神通院医療

(精神障がい者)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 精神科の病気で通院する際に要する費用のうち、医療保険各法で負担される部分を除いた部分を公費負担します。 |
| 利用できる方 | 病院又は診療所に通院し、精神障がいの医療を受ける方 |
| 費用負担 | 原則、医療費の10%（所得と病気の状況により一カ月の負担上限額が設けられません。） |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> • 自立支援医療費支給認定申請書 • 診断書（精神通院医療用又は精神障害者保健福祉手帳用） • 健康保険証の写し • 税務情報等の閲覧及び提供に関する同意書 • 年金証書・振込通知書等の写し（障害年金受給されている方のみ） • 個人番号（マイナンバー）カード <p>※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類（免許証等）</p> <p>※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類と委任状</p> <ul style="list-style-type: none"> • 印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

難病患者の医療費給付（特定疾病医療費 県指定難病）

(難病患者等)

| | |
|---------------------|--|
| 内 容 | 県が指定した難病患者の保険医療費（介護サービス費）の自己負担分を公費負担します。 |
| 利用できる方 | 県が指定した難病に関する医療を受けている方 |
| 費用負担 | 所得に応じた自己負担があります。 |
| 申請に必要な書類 (次頁に続く) | <ul style="list-style-type: none"> • 支給認定申請書 • 臨床調査個人票 • 世帯全員の住民票 <p>* 加入医療保険、疾病等により申請書類が異なります。詳しくは大町保健福祉事務所へお尋ねください。</p> |
| 窓 口 | 大町保健福祉事務所 電話 0261-22-5111 |

福祉医療費特別給付

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 障がいのある方が医療機関で保険診療を受けた場合、支払った医療費の一部が支給されます。 |
| 利用できる方 | 以下のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳の1級、2級、3級の交付を受けている方 ②療育手帳のA1、A2、B1、B2の交付を受けている方 ③精神障害者保健福祉手帳の1級、2級の交付を受けている方 ④自立支援医療受給者証（精神通院）をお持ちの方（ただし精神科の通院以外は給付対象外） |
| 支 給 額 | ひと月に医療機関ごとに支払った保険適用分医療費からそれぞれ公費や保険者等で負担すべき額及び500円を控除して支給されます。（18歳到達年度の3月31日までの方は、ひと月の医療機関ごとの保険適用分医療費の支払いが500円までになります） |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・障害者手帳等（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療受給者証（精神通院）） ・申請する方の健康保険証 ・印鑑 ・振込先の口座が確認できるもの（貯金通帳等） |
| 窓 口 | 池田町役場 住民課保険医療係 電話 0261-62-2203（住民課直通） |

年金・手当等

1. 年金を受けるには 障害基礎年金

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|------------|----------------|------------|--|----------------|------------|------|----------------|----------|--|----------------|----------|
| 内 容 | 国民年金加入中に、病気やケガで障害の状態になったとき、又は20歳前の病気やケガによって障害等級表(詳しくはP10参照)に定める障害の状態になったときは、障害基礎年金が支給されます。①、②、③の要件をすべて満たす方が対象となります。 | | | | | | | | | | | | |
| 対 象 者 | <p>①障害の原因となった病気やケガの初診日が次のア又はイのいずれかの期間にあること</p> <p>ア 国民年金加入期間</p> <p>イ 20歳前または60歳以上65歳未満(国内に住んでいる方のみ)の年金未加入期間</p> <p>* 老齢基礎年金を繰り上げて受給している方を除きます。</p> <p>②障害の原因となった病気やケガによる障害の程度が、障害認定日(原則として初診から起算して1年6カ月を経過した日)又は20歳に達したときに、障害等級表の1級又は2級の状態になっていること</p> <p>③保険料の納付要件を満たしていること</p> <p>20歳前に初診日がある場合は、納付要件は不要です。</p> | | | | | | | | | | | | |
| 支 給 額 (令和6年4月現在) | <table border="0"> <tr> <td>1級障害</td> <td>昭和31年4月2日以後生まれ</td> <td>1,020,000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昭和31年4月1日以前生まれ</td> <td>1,017,125円</td> </tr> <tr> <td>2級障害</td> <td>昭和31年4月2日以後生まれ</td> <td>816,000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昭和31年4月1日以前生まれ</td> <td>813,700円</td> </tr> </table> <p>* 加給年金、子の加算等もあります。</p> | 1級障害 | 昭和31年4月2日以後生まれ | 1,020,000円 | | 昭和31年4月1日以前生まれ | 1,017,125円 | 2級障害 | 昭和31年4月2日以後生まれ | 816,000円 | | 昭和31年4月1日以前生まれ | 813,700円 |
| 1級障害 | 昭和31年4月2日以後生まれ | 1,020,000円 | | | | | | | | | | | |
| | 昭和31年4月1日以前生まれ | 1,017,125円 | | | | | | | | | | | |
| 2級障害 | 昭和31年4月2日以後生まれ | 816,000円 | | | | | | | | | | | |
| | 昭和31年4月1日以前生まれ | 813,700円 | | | | | | | | | | | |
| 申請に必要な書類 | 状態により必要書類が異なります。事前に年金事務所や池田町役場住民課住民係へご相談ください。 | | | | | | | | | | | | |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 池田町役場 住民課住民係 電話 0261-62-2203 (住民課直通) ・ 松本年金事務所 電話 0263-32-5821 | | | | | | | | | | | | |

障害厚生年金

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|-------|--|
| 内 容 | 厚生年金加入中に病気やケガで、障害者等級表(詳しくはP10~11参照)に定める障害の状態になったときには、障害厚生年金が支給されます。①、②、③の要件をすべて満たす方が対象となります。 |
| 対 象 者 | <p>①厚生年金保険の被保険者である間に、障害の原因となった病気やケガの初診日があること</p> <p>②障害の原因となった病気やケガによる障害の程度が、障害認定日に、障害障害等級表の1級から3級までのいずれかの状態になっていること</p> <p>③保険料の納付要件を満たしていること</p> |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務先を管轄する年金事務所 ・ 松本年金事務所 電話 0263-32-5821 |

【参考資料】障害等級表 *身体障害者手帳の等級と異なります。

| | 障害の状態 |
|-----------|---|
| 障害の程度 1 級 | <p>障害の状態</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 両目の視力の和が 0.04 以下のもの 2. 両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの 3. 両上肢の機能に著しい障害を有するもの 4. 両上肢のすべての指を欠くもの 5. 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの 6. 両下肢の機能に著しい障害を有するもの 7. 両下肢を足関節以上で欠くもの 8. 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 9. 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 10. 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 11. 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 |
| 障害の程度 2 級 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 両目の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの（児童扶養手当の場合は 0.08 以下が該当） 2. 両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上にもの 3. 平均機能に著しい障害を有するもの 4. そしゃくの機能を欠くもの 5. 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの 6. 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの 7. 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの 8. 一上肢の機能に著しい障害を有するもの 9. 一上肢のすべての指を欠くもの 10. 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの 11. 両下肢のすべての指をかくもの 12. 一下肢の機能に著しい障害を有するもの 13. 一下肢を足関節以上で欠くもの 14. 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの 15. 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、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のも 16. 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 17. 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 |

(厚生年金保険のみ)

| | 障害の状態 |
|---------------------|--|
| 障害 の程 度 3級 | <ol style="list-style-type: none">1. 両目の視力が0.1以下に減じたもの2. 両耳の聴力レベルが40cm以上では通常の話声を理解することができない程度に減じたもの3. そしゃく又は言語の機能に相当程度の障害を残すもの4. 脊柱の機能に著しい障害を残すもの5. 一上肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの6. 一下肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの7. 長管状骨に偽関節を残し、運動機能に著しい障害を残すもの8. 一上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を併せて一上肢の三指以上を失ったもの9. おや指及びひとさし指を併せ一上肢の四指の用を廃したもの10. 一下肢をリスフラン関節以上で失ったもの11. 両下肢の十趾の用を廃したもの12. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの13. 精神又は神経系統に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの14. 傷病が治らないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えること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 |

*厚生年金保険のみ「障害手当金」があります。(障害の状態省略)

障害者扶養共済制度

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|-----------|---|
| 内 容 | <p>心身障がい者を扶養している方が、毎月一定の掛金を払い込み、扶養している方が死亡したり著しい障がいを有する状態になったとき、その方が扶養していた心身障がい者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。加入者が他の都道府県などに転出されても転出先での手続きにより継続されます。掛金は全額所得控除され、年金・弔慰金には所得税がかかりません。</p> |
| 加 入 対 象 者 | <p>身体障害者手帳1級から3級、知的障がい者、精神障がい者を扶養している保護者(父母、配偶者など)で、次のすべての要件を満たしている方</p> <ul style="list-style-type: none"> ①長野県内に住所があること ②年齢が65歳未満であること(加入時年度の4月1日時点の年齢) ③特別な疾病又は障がいのない健康状態であること ④障がいのある方1人に対し加入できる保護者は1人であること |
| 掛 金 | <p>加入者の加入時年齢により掛金は異なります。(1口月額9,300円～23,300円) 加入者が65歳以上かつ20年以上加入したときにはその後の掛金が免除されます。また、掛金の納付が困難な方には掛金の減免を行っています。</p> |
| 年金等の給付 | <p>加入者が死亡し、又は著しい障がいを有する状態となったとき、加入者が扶養していた心身障がい者に支給されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1口加入の方 月額20,000円(年額240,000円) 2口加入の方 月額40,000円(年額480,000円) <p>*加入年数により、弔慰金の支給、脱退一時金の支給をされる場合があります。</p> |
| 申請に必要な書類 | <p>詳しくは窓口にお尋ねください。</p> |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係(総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000</p> |

2. 手当等を受けるには 特別児童扶養手当

(障がい児の養育者)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|-------|---|--------------|-----------|-------|--|-------|----------------|-------|---------|--------------------|---------|--|----------|-------|-------|---|---------------|---------------------------|-------|-----|------|---------------|-------|-----|
| 内 容 | <p>重度若しくは中度の身体障がい又は知的障がい、精神障がいがある 20 歳未満の在宅の児童を監護している父若しくは母又は養育者に支給されます。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対 象 者 (次頁に続く) | <p>児童の障がいの程度が 1 級又は 2 級（詳しくは P10 障害等級表参照）に該当する児童を監護する方。*障害者手帳の等級と同じではありません。 障害者手帳のおおむねの等級</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 級 (重 度) | <table border="1"> <tr> <td>視覚障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>2 級</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> <tr> <td>下肢障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級の一部</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> <tr> <td>内部障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> </table> | 視覚障がい | 1 級、2 級 | 聴覚障がい | 2 級 | 上肢障がい | 1 級、2 級 | 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級の一部 | 体幹障がい | 1 級、2 級 | 内部障がい | 1 級、2 級 | <table border="1"> <tr> <td>知的障がい</td> <td rowspan="2">精神障がい</td> </tr> <tr> <td>精神障がい</td> </tr> </table> | 知的障がい | 精神障がい | 精神障がい | <table border="1"> <tr> <td>療育手帳 A1 A2 程度</td> <td rowspan="2">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</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table> | 療育手帳 A1 A2 程度 | 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 | | | | | | |
| 視覚障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障がい | 2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上肢障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体幹障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内部障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知的障がい | 精神障がい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神障がい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 A1 A2 程度 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対 象 者 | <table border="1"> <tr> <td rowspan="8">2 級 (中 度)</td> <td>視覚障がい</td> <td>3 級</td> <td>内部障がい</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>3 級</td> <td rowspan="2">知的障がい</td> <td rowspan="2">精神能力の全般的発達に遅滞があるもの</td> </tr> <tr> <td>平衡障がい</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>音声・言語障がい</td> <td>3 級</td> <td rowspan="5">精神障がい</td> <td rowspan="5">日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td> </tr> <tr> <td>そしゃく障がい</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>下肢障害</td> <td>3 級の一部、4 級の一部</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>3 級</td> </tr> </table> <p>*所得が一定額を超える方には支給できない場合があります。</p> | | | | 2 級 (中 度) | 視覚障がい | 3 級 | 内部障がい | 3 級 | 聴覚障がい | 3 級 | 知的障がい | 精神能力の全般的発達に遅滞があるもの | 平衡障がい | 3 級 | 音声・言語障がい | 3 級 | 精神障がい | 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの | そしゃく障がい | 3 級 | 上肢障がい | 3 級 | 下肢障害 | 3 級の一部、4 級の一部 | 体幹障がい | 3 級 |
| 2 級 (中 度) | 視覚障がい | 3 級 | 内部障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 聴覚障がい | 3 級 | 知的障がい | 精神能力の全般的発達に遅滞があるもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平衡障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 音声・言語障がい | 3 級 | 精神障がい | 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | そしゃく障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上肢障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 下肢障害 | 3 級の一部、4 級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 体幹障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 給 額 (令和6年4月現在) | <table border="1"> <tr> <td>支給月</td> <td>4月 8月 12月</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td>1 級該当児童 1 人につき 月額 55,350 円 2 級該当児童 1 人につき 月額 36,860 円</td> </tr> </table> | | | | 支給月 | 4月 8月 12月 | 支給額 | 1 級該当児童 1 人につき 月額 55,350 円 2 級該当児童 1 人につき 月額 36,860 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給月 | 4月 8月 12月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額 | 1 級該当児童 1 人につき 月額 55,350 円 2 級該当児童 1 人につき 月額 36,860 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・新規認定請求書 ・請求者と対象児童の戸籍謄本 ・所定の診断書 <p>※療育手帳 (A1・A2)、身体障害者手帳 1 級～4 級の一部 (内部障害、視野狭窄を除く) をお持ちの方は診断書の省略が出来ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号 (マイナンバー) カード <p>※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類 (免許証等)</p> <p>※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類と委任状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その他必要書類 (詳しくは、窓口へお尋ねください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

児童扶養手当

(ひとり親家庭の父母等・父母のうち父又は母が重度の障がい者)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-------|---|-------|-------------|-------|---------|-------|---------------------------------------|-------|------------|----------|----------------|-------|---|---------|-------------|-------|--------------------|-------|-------------|
| <p>内 容</p> | <p>父母の離婚等によりひとり親家庭等又は父母のうち父又は母が重度の障がい者であつて、18歳までの在宅の児童又は20歳未満の重度若しくは中度の身体障がい又は知的障がい、精神障がいのある障がい児を監護している父、母又は養育者に支給されます。</p> <p>また、所得が一定の額を超える場合は手当の一部又は全部が支給されません。公的年金等を受給していると児童扶養手当が受け取れない場合があります。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>支給要件 (次頁に続く)</p> | <p>以下の①又は②に該当している方</p> <p>①父母の離婚等により、ひとり親家庭等である場合等 (詳細省略)</p> <p>②父又は母が重度の障がい状態にある場合</p> <p>父、母の障害者手帳のおおむねの等級 (詳しくはP10 障害等級表 1 級参照)</p> <table border="1" data-bbox="384 651 1474 943"> <tr> <td>視覚障がい</td> <td>1 級、2 級</td> <td>内部障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>2 級</td> <td rowspan="2">知的障がい</td> <td rowspan="4">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もの</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>1 級、2 級の一部</td> </tr> <tr> <td>下肢障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級の一部</td> <td rowspan="2">精神障がい</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>1 級、2 級</td> </tr> </table> | 視覚障がい | 1 級、2 級 | 内部障がい | 1 級、2 級 | 聴覚障がい | 2 級 | 知的障がい | 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もの | 上肢障がい | 1 級、2 級の一部 | 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級の一部 | 精神障がい | 体幹障がい | 1 級、2 級 | | | | | |
| 視覚障がい | 1 級、2 級 | 内部障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障がい | 2 級 | 知的障がい | 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もの | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上肢障がい | 1 級、2 級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級の一部 | 精神障がい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体幹障がい | 1 級、2 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>受給要件</p> | <p>*監護している児童が18歳に達した場合で、心身に中程度以上の障がいを有している場合は、20歳に達するまで手当が支給されます。</p> <p>児童の障害者手帳のおおむねの等級 (詳しくはP17 障害等級表 2 級参照)</p> <table border="1" data-bbox="379 1088 1465 1476"> <tr> <td>視覚障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級</td> <td>内部障がい</td> <td>1 級 2 級 3 級</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>2 級、3 級</td> <td rowspan="2">知的障がい</td> <td rowspan="2">精神能力の全般的発達に遅滞があるもの</td> </tr> <tr> <td>平衡障がい</td> <td>3 級</td> </tr> <tr> <td>音声・言語障がい</td> <td>3 級、4 級の一部</td> <td rowspan="4">精神障がい</td> <td rowspan="4">日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級</td> </tr> <tr> <td>下肢障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級、4 級の一部</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>1 級、2 級、3 級</td> </tr> </table> | 視覚障がい | 1 級、2 級、3 級 | 内部障がい | 1 級 2 級 3 級 | 聴覚障がい | 2 級、3 級 | 知的障がい | 精神能力の全般的発達に遅滞があるもの | 平衡障がい | 3 級 | 音声・言語障がい | 3 級、4 級の一部 | 精神障がい | 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの | 上肢障がい | 1 級、2 級、3 級 | 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級、4 級の一部 | 体幹障がい | 1 級、2 級、3 級 |
| 視覚障がい | 1 級、2 級、3 級 | 内部障がい | 1 級 2 級 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障がい | 2 級、3 級 | 知的障がい | 精神能力の全般的発達に遅滞があるもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平衡障がい | 3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 音声・言語障がい | 3 級、4 級の一部 | 精神障がい | 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上肢障がい | 1 級、2 級、3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢障がい | 1 級、2 級、3 級、4 級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体幹障がい | 1 級、2 級、3 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>支給額 (令和6年11月予定)</p> | <p>支給月 5月 7月 9月 11月 1月 3月</p> <p>支給額 全部支給 月額 45,500 円 (第2子以降 10,750 円加算)</p> <p>一部支給 月額 45,490 円~10,740 円 (第2子以降 10,740 円~5,380 円加算)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>申請に必要な書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・新規認定請求書 ・請求者と対象児童の戸籍謄本 ・個人番号 (マイナンバー) カード ※お持ちでない場合: 通知カードと顔写真付き本人確認書類 (免許証等) ・その他必要書類 (詳しくは、窓口へお尋ねください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>窓 口</p> | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内)</p> <p>電話 0261-61-5000</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

障害児福祉手当

(障がい児)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-------|-----------------------------------|--|-------|----------|-------|------------------|-------|-------|-------|----------|-------|-----------------------------------|-------|----------|-------|----------|-------|-------|
| <p>内 容</p> | <p>日常生活において、常時介護を必要とする在宅の重度障害児（20歳未満）に支給されます。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>受給要件</p> | <p>該当する障害者手帳のおおむねの等級（詳しくはP17 1 障害の程度参照）</p> <table border="1" data-bbox="368 304 1453 607"> <tr> <td>視覚障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> <td rowspan="2">知的障がい</td> <td rowspan="2">知能指数おおむね 20以下</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>2級の一部</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> <td rowspan="4">精神障がい</td> <td rowspan="4">日常生活において 常時の介護又は援助を必要とする程 度</td> </tr> <tr> <td>下肢障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> </tr> <tr> <td>内部障がい</td> <td>1級の一部</td> </tr> </table> <p>*所得が一定額を超える方には支給できない場合があります。</p> | | | | 視覚障がい | 1級、2級の一部 | 知的障がい | 知能指数おおむね 20以下 | 聴覚障がい | 2級の一部 | 上肢障がい | 1級、2級の一部 | 精神障がい | 日常生活において 常時の介護又は援助を必要とする程 度 | 下肢障がい | 1級、2級の一部 | 体幹障がい | 1級、2級の一部 | 内部障がい | 1級の一部 |
| 視覚障がい | 1級、2級の一部 | 知的障がい | 知能指数おおむね 20以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障がい | 2級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上肢障がい | 1級、2級の一部 | 精神障がい | 日常生活において 常時の介護又は援助を必要とする程 度 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢障がい | 1級、2級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体幹障がい | 1級、2級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内部障がい | 1級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>支給額 (令和6年4月現在)</p> | <p>支給月 2月 5月 8月 11月 支給額 47,070円(3ヵ月分) 月額 15,690円</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>申請に必要な書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・障害児福祉手当認定請求書 ・障害福祉手当認定診断書 ・受給資格者の戸籍謄本 ・障害児福祉手当所得状況届 ・個人番号（マイナンバー）カード <p>※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類（免許証等）</p> <p>※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類と委任状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・印鑑 ・振込先の口座が確認できるもの（貯金通帳等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>窓 □</p> | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

特別障害者手当

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-------|---------------------------|-------|--------------|-------|----|-------|----------|-------|---------------------------|-------|-------------|-------|----------|-------|-------|
| 内 容 | <p>日常生活において、常時特別の介護を必要とする20歳以上の在宅の重度障がい者に支給されます。</p> <p>*病院又は診療所に継続して3カ月を超えて以上入院している方は除きます。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 給 要 件 | <p>該当する障害者手帳のおおむねの等級（詳しくはP17 2 障害の程度参照）</p> <p>*原則として2つ以上該当すること</p> <table border="1" data-bbox="368 389 1453 645"> <tr> <td>視覚障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> <td rowspan="2">知的障がい</td> <td rowspan="2">知能指数おおむね20以下</td> </tr> <tr> <td>聴覚障がい</td> <td>2級</td> </tr> <tr> <td>上肢障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> <td rowspan="4">精神障がい</td> <td rowspan="4">日常生活において常時の介護又は援助を必要とする程度</td> </tr> <tr> <td>下肢障がい</td> <td>1級、2級、3級の一部</td> </tr> <tr> <td>体幹障がい</td> <td>1級、2級の一部</td> </tr> <tr> <td>内部障がい</td> <td>1級の一部</td> </tr> </table> <p>*所得が一定額を超える方には支給できない場合があります。</p> | 視覚障がい | 1級、2級の一部 | 知的障がい | 知能指数おおむね20以下 | 聴覚障がい | 2級 | 上肢障がい | 1級、2級の一部 | 精神障がい | 日常生活において常時の介護又は援助を必要とする程度 | 下肢障がい | 1級、2級、3級の一部 | 体幹障がい | 1級、2級の一部 | 内部障がい | 1級の一部 |
| 視覚障がい | 1級、2級の一部 | 知的障がい | 知能指数おおむね20以下 | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障がい | 2級 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上肢障がい | 1級、2級の一部 | 精神障がい | 日常生活において常時の介護又は援助を必要とする程度 | | | | | | | | | | | | | | |
| 下肢障がい | 1級、2級、3級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体幹障がい | 1級、2級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内部障がい | 1級の一部 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 給 額 (令和6年4月現在) | <p>支給月 2月 5月 8月 11月</p> <p>支給額 86,520円(3ヵ月分)</p> <p>月 額 28,840円</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・特別障害者手当認定請求書 ・特別障害者認定診断書 ・受給資格者の戸籍謄本 ・特別障害者手当所得状況届 ・個人番号(マイナンバー)カード <p>※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類(免許証等)</p> <p>※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年金証書の写し又は振込通知書の写し ・印鑑 ・振込先の口座が確認できるもの(貯金通帳等) ・障害者手帳(所持している場合) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係(総合福祉センターやすらぎの郷内)</p> <p>電話 0261-61-5000</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

【参考資料】 障害の程度

1.障害児福祉手当

| | 障害の状態 |
|------|--|
| 視覚障害 | 両目の視力の和が0.02以下のもの |
| 聴覚障害 | 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 |
| 上肢障害 | 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 |
| 下肢機能 | 両下肢の用をすべて廃したもの 両大腿を1/2以上失ったもの |
| 体幹機能 | 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの |
| その他 | 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 |
| 精神障害 | 精神の障害であって、全各号と同程度以上と認められる程度のもの |
| 重複障害 | 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もの |

2.特別障害者手当（2つ以上該当していること）

| | 障害の状態 |
|------|--|
| 視覚障害 | 両目の視力の和が0.04以下のもの |
| 聴覚障害 | 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの |
| 上肢障害 | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの又は両上肢のすべての指を欠くもの若しくは両上肢のすべての指に著しい障害を有するもの |
| 下肢機能 | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの又は両下肢を足関節以上で欠くもの |
| 体幹機能 | 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 |
| その他 | 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 |
| 精神障害 | 精神の障害であって、全各号と同程度以上と認められる程度のもの |

3. 生活福祉資金の貸付を受けるには

(身体障がい者世帯・知的障がい者世帯・精神障がい者世帯)

| | | | |
|-----------------------------|--|--|---------|
| 内 容 | 低所得世帯、障がい者世帯又は高齢者世帯に対し、次に掲げる経費として貸し付ける制度です。 | | |
| 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交付を受けた方のいる世帯です。 | | |
| 貸 付 用 途 貸付限度額 償 還 期 限 | 貸 付 用 途 | 貸 付 限 度 金 額 | 償 還 期 限 |
| | 生業を営むために必要な経費 | 460万円以内 | 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 | 取得する期間 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 | 8年 |
| | 就職・技能習得等の支度に必要な経費 | 50万円以内 | 3年 |
| | 住宅の増改築等、補修等及び公営住宅の譲り受けに必要な経費 | 250万円以内 | 7年 |
| | 住居の移転等、給排水設備等の設置に必要な経費 | 50万円以内 | 3年 |
| | 福祉用具等の購入に必要な経費 | 170万円以内 | 8年 |
| | 障がい者用の自動車の購入に必要な経費 | 250万円以内 | 8年 |
| | 負傷又は疾病の療養に必要な経費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 | 療養期間 1年未満 170万円以内 1年以上 230万円以内 | 5年 |
| | 介護・障がい者サービス等を受けるの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 | サービスを受ける期間 1年未満 170万円以内 1年以上 230万円以内 | 5年 |
| | 災害を受けたことにより臨時に必要な経費 | 150万円以内 | 7年 |
| | 冠婚葬祭に必要な経費 | 50万円以内 | 3年 |
| | 中国残留邦人等にかかる国民年金保険料の追納に必要な経費 | 513万6千円以内 | 10年 |
| | その他日常生活上一時的に必要な経費 | 50万円以内 | 3年 |
| | * 制度の内容必要な書類等、詳しくは窓口へお尋ねください。 | | |
| 窓 口 | 池田町社会福祉協議会 電話 0261-62-9544 | | |

税 金

所得税に関する所得控除

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | | | | |
|---------------|---|---------|-----------------|--------|---------|
| 内 容 | 障がい者（児）に認定された年分の所得税（町県民税は翌年度）から、次の額が控除されます。 | | | | |
| 控 除 額 | 区 分 | 障 害 程 度 | | 所得税控除額 | 町県民税控除額 |
| | 障 害 者 控 除 | 身体障がい | 3～6 級 | 27 万円 | 26 万円 |
| | | 知的障がい | B 1、 B 2 | | |
| | | 精神障がい | 2、3 級程度 | | |
| | 特 別 障 害 者 控 除 | 身体障がい | 1、2 級 | 40 万円 | 30 万円 |
| | | 知的障がい | A 1、 A 2 | | |
| 精神障がい | | 1 級程度 | | | |
| 同居特別障 害者控除 | 控除対象配偶者又は扶養親 族が同居している特別障が い者である場合 | | 75 万円 | 53 万円 | |
| 手 続 方 法 | 確定申告や年末調整等によって、上記の該当する控除を受けることができます。 | | | | |
| 窓 口 | 【所得税】 大町税務署 | | 電話 0261-22-0410 | | |
| | 【町民税】 池田町役場 住民課課税係 | | 電話 0261-62-2203 | | |
| | * 給与所得者は勤務先へお尋ねください。 | | | | |

利子等の非課税（障がい者マル優）

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|-------|--|
| 内 容 | 一定の手続により、預け入れた預貯金等及び購入した少額公債については、それぞれの制度につき元本 350 万円を限度として利子等が非課税になります。 |
| 対 象 者 | ①身体障害者手帳の交付をうけている方 ②療育手帳の交付を受けている方 ③精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 ④障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金等の障がいを支給事由とする年金を受けている方 ⑤障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当を受けている方 |
| 窓 口 | ゆうちょ銀行（郵便局）、銀行、証券会社等の金融機関 |

相続税に関する障害者控除

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | |
|----------------|---------------------------------|-----------------------|
| 内 容 | 相続人が障がい者である場合、相続税額から一定額が控除されます。 | |
| 対 象 者 控 除 額 | 障 害 区 分 | 控 除 額 |
| | 身体障害者手帳 1 級、2 級 | 20 万円×(85 歳に達するまでの年数) |
| | 療育手帳 A1 | |
| | 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | |
| | 身体障害者手帳 3~6 級 | 10 万円×(85 歳に達するまでの年数) |
| | 療育手帳 A2、B1、B2 | |
| | 精神障害者保健福祉手帳 2 級、3 級 | |
| 窓 口 | 大町税務署 電話 0261-22-0410 | |

贈与税の非課税

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | |
|-------|---|-----------|
| 内 容 | 特別障害者を受益者として、信託会社等と「特別障害者扶養信託契約」を締結した場合、信託受益権の価格のうち、6,000 万円(特別障がい者以外の方にあっては、3,000 万円)までは、贈与税の課税価格に算入されません。 | |
| 対 象 者 | 障 害 区 別 | 税 額 控 除 額 |
| | 身体障害者手帳 1 級、2 級 | 6,000 万円 |
| | 療育手帳 A1 | |
| | 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | |
| | 療育手帳 A2、B1、B2 | 3,000 万円 |
| | 精神障害者保健福祉手帳 2 級、3 級 | |
| 窓 口 | 信託銀行等 | |

個人事業税の非課税

(視覚障がい者)

| | | |
|-----|--|-----------------|
| 内 容 | 両目の視力を喪失した方及び万国式試視力表により測定した両眼の視力が 0.06 以下の方が行う、あん摩、マッサージ又は指圧、はり、きゅう、柔道整復その他の医業に類する事業は非課税となっています。 | |
| 窓 口 | 北アルプス地域振興局 税務課 | 電話 0261-22-5111 |

自動車税・軽自動車税・自動車取得税の減免

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | | | | | | |
|-----------|--|----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|----------|
| 内 容 | 障がいのある方の通院、通学、通勤、その他日常生活を営むために使用し、次の条件を全て満たす方は、自動車税・軽自動車税及び自動車取得税が減免になります。 | | | | | |
| 対 象 者 | 障がい区分 | | 本人が運転する場合 | 本人以外が運転する場合 | | |
| | 身 体 障 が い | 視覚障がい | 1級、2級、3級、4級 | | 1級、2級、3級、4級 | |
| | | 聴覚障がい | 2級、3級 | | 2級、3級 | |
| | | 平衡機能障がい | 3級 | | 3級 | |
| | | 音声機能障がい | 3級（喉頭摘出による場合） | | | |
| | | 上肢不自由 | 1級、2級 | | 1級、2級 | |
| | | 下肢不自由 | 1級、2級、3級、4級、5級、6級 | | 1級、2級、3級 | |
| | | 体幹不自由 | 1級、2級、3級、5級 | | 1級、2級、3級 | |
| | | 乳幼児期以前の非 進行性脳病変によ る運動機能障がい | 上肢機能 | 1級、2級 | | 1級、2級 |
| | | | 移動機能 | 1級、2級、3級、4級、5級、6級 | | 1級、2級、3級 |
| | | 心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう 又は直腸・小腸の機能障がい | 1級、3級 | | 1級、3級 | |
| | 免疫機能障がい | 1級、2級、3級 | | 1級、2級、3級 | | |
| | 肝臓機能障がい | 1級、2級、3級 | | 1級、2級、3級 | | |
| | 知的障がい | 総合判定A | | 総合判定A | | |
| 精神障がい | 1級 | | 1級 | | | |
| 運 転 者 条 件 | 次のいずれかに該当すること ①障がいのある方本人が運転すること ②障がいのある方の通院、通学、通勤、その他日常生活に必要なために生計を一にする方が運転すること ③障がいのある方のみの世帯で、障がいのある方の通院、通学、通勤、その他日常生活に必要なために、障がいのある方を日常的に介護する方が運転すること | | | | | |
| 所 有 者 | 次のいずれかに該当する自動車 ①障がいのある方（本人） ②運転者条件②の場合で、障がいのある方が18歳未満か、知的障がい、又は精神障がい者で、生計を一にする方 | | | | | |
| 減 免 台 数 | 1台に限ります。（営業車は除く） | | | | | |
| 窓 口 | 【自動車税・自動車取得税】 中信県税事務所 総務係 電話 0263-40-1905 【軽自動車税】 池田町役場 住民課課税係 電話 0261-62-2203 | | | | | |

生活の支援

補装具の交付・修理を受けるには

(身体障がい者(児)・難病患者等)

| | | | | |
|------------------|---|-------|-------|--|
| 内 容 | 障がいのある方に対し、池田町が補装具の購入または修理が必要と認めた場合、その費用が補装具費として支給されます。 | | | |
| 補 装 具 | 補装具の種目 | 18歳未満 | 18歳以上 | 備 考 |
| | 義 肢 | ○ | ○ | 義手・義足 |
| | 装 具 | ○ | ○ | 上肢、下肢、靴型、体幹 |
| | 座位保持装置 | ○ | ○ | |
| | 盲人安全杖 | ○ | ○ | |
| | 義 眼 | ○ | ○ | |
| | 眼 鏡 | ○ | ○ | 矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡 |
| | 補 聴 器 | ○★ | ○ | ポケット型、耳かけ型、耳あな型、骨導式ポケット型、骨導式眼鏡型 |
| | 車 椅子 | ○ | ○ | モジュラー方式、レバー駆動型含む |
| | 電動車椅子 | ○ | ○ | |
| | 歩 行 器 | ○ | ○ | |
| | 歩行補助つえ | ○ | ○ | 松葉つえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、多点杖、プラットホーム杖 |
| | 座位保持椅子 | ○ | | |
| | 起立保持具 | ○ | | |
| | 頭部保持具 | ○ | | |
| | 排便補助具 | ○ | | |
| 重度障害者用 意志伝達装置 | ○ | ○ | | |
| 負 担 額 | 原則として、10%の定率負担 *所得等により負担上限金額が設けられます。 | | | |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・補装具費支給申請書 ・個人番号(マイナンバー)カード ※お持ちでない場合：通知カードと顔写真付き本人確認書類(免許証等) ※代理人申請の場合：申請者本人の個人番号確認書類と代理人の本人確認書類 <ul style="list-style-type: none"> ・印鑑 ・身体障害者手帳の写し ・医師の補装具支給意見書 ・処方箋、見積書、カタログ等 *補装具の種類等により必要な書類が異なります。詳しくは窓口にお尋ねください。 | | | |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係(総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 | | | |

★ 身体障害者手帳の交付対象ではない軽度・中等度難聴の18歳未満のお子さんについて、補聴器購入費補助が受けられます。詳しくはお問合せください。

日常生活用具の交付・貸与を受けるには

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病患者等)

| | | |
|----------|--|------------------------------------|
| 内 容 | 重度障がい者に対し、日常生活の便宜を図るために自立生活支援用具等の日常生活用具が給付されます。 | |
| 日常生活用具 | 用具の種目 | 用 具 名 |
| | 介護・訓練支援用具 | 特殊尿器、入浴担架、体位変換器、移動用リフト、訓練用ベッドなど |
| | 自立支援生活用具 | 頭部保護帽、T字状・棒状のつえ、火災報知器、電磁調理器など |
| | 在宅医療等支援用具 | 透析液加温器、ネブライザー、酸素ボンベ運搬車、盲人用体温計など |
| | 情報・意志疎通支援用具 | 携帯用会話補助装置、視覚障害者用活字読上げ装置など |
| | 排泄管理支援用具 | ストマ装具、紙おむつ等、収尿器など |
| | 住宅生活動作補助用具 | 居宅生活動作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。 |
| | *品目により対象者及び所得等により利用者負担額が決まっています。詳しくは窓口にお尋ねください。 | |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活用具給付申請書 ・印鑑 ・見積もり書、カタログ等 ・身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 | |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 | |

居宅生活における支援を利用するには

ホームヘルパー等による支援 (障害福祉サービス 訪問系サービス)

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病患者等)

| | | |
|---------|---|---|
| 内 容 | 在宅で生活する障がい者、障がい児及び難病患者の方にホームヘルパー等を派遣し日常生活における必要な支援を行います。 | |
| 対 象 者 | 事前に「障害支援区分認定調査」を行い、障害支援区分1以上の区分認定された方です。18歳未満は区分認定の必要はないが、障がい児の調査項目の調査を行います。なお、介護保険制度が利用可能な方は介護保険サービスが優先されます。 | |
| サービスの種類 | 居宅介護 | 自宅で入浴、排せつ、食事の介護等のほか、調理、洗濯及び掃除等の家事援助を行います。又、通院等のための乗車又は降車の介助も行います。 |
| | 重度訪問介護 | 重度の肢体不自由者、知的障がい者又は精神障がい者で、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支援などを総合的に行います。 |
| | 同行援護 | 重度の視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する方に外出時に同行して移動の支援を行います。 |
| | 行動援護 | 知的障がい又は精神障がいにより、行動が困難で常に介護が必要な方に外出時の移動支援や行動の際に生じる危険回避のための援護等を行います。 |
| | 重度障害者等包括支援 | 介護の必要性がとても高い方に、居宅介護等の複数のサービスを包括的にを行います。 |
| 負 担 額 | 原則10% (*所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。) | |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 | |

訪問入浴サービス

(身体障がい者)

| | |
|-------|--|
| 内 容 | 身体障がい者の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の支援を行います。 |
| 対 象 者 | 訪問入浴を利用しなければ入浴が困難な在宅の身体障がい者 |
| 負 担 額 | 詳しくは窓口へお尋ねください。 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

4. 一時的な支援が必要になったときには 短期入所 (障害福祉サービス 訪問系サービス)

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病患者等)

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 在宅の障がい児者等の介護者が、一時的に家庭において介護ができないとき等に、施設等において入浴、排せつ、食事の介護等を行います。 |
| 対 象 者 | 事前に「障害支援区分認定調査」を行い、障害支援区分1以上の区分認定された方です。18歳未満は区分認定の必要はないが、障がい児の調査項目の調査を行います。 なお、介護保険制度が利用可能な方は介護保険サービスが優先されます。 |
| 負 担 額 | 原則10%及び食費等の実費 *所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

タイムケア

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 在宅の障がい者(児)等の介護者が、一時的に家庭において介護できないときに、登録介護者が時間単位で介護サービスを提供します。 |
| 対 象 者 | 在宅の重症心身障がい者(児)、知的障がい者(児)、身体障がい者(児)、重度身体障がい者及び精神障がい者とその家族です。 |
| 利 用 時 間 | 年間300時間以内(送迎時間を含む) |
| 負 担 額 | 飲食費その他実費については利用者負担となります。 |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・タイムケア事業利用登録証交付申請書 ・タイムケア事業利用者状況表 ・印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷) 電話 0261-61-5000 |

日中一時支援

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 障がい者及び障がい児の日中における活動の場を提供し、一時的に見守り及び社会に適應するための日常的な訓練等の支援を行うことにより、障がい者等を介護している家族の就労支援及び一時的な休息を図ります。 |
| 対 象 者 | 池田町に住所を有する障がい者等で、日中において監護する者がいないなどの理由により、支援が必要な方です。 |
| 負 担 額 | 飲食物費その他実費は自己負担になります。 |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・池田町日中一時支援事業利用申請書 ・印鑑 ・利用者状況表 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

支え合い活動（サポートてるてる）

| | | | |
|---------------|---|---------------------------|-------|
| 内 容 | 誰もが安心していつまでも住み慣れた家・池田町で暮らせることを目的とした地域活の支え合いの活動です。 | | |
| 対 象 者 | 登録会員（依頼会員・協力会員） | | |
| 支 援 内 容 | 家事支援 | ・食事作りやあと片付け ・洗濯 ・掃除 ・ゴミだし | |
| | 配達等支援 | ・お弁当の配達 ・買い物 ・薬の受け取り | |
| | 外出支援 | ・通院や買い物の付き添い ・散歩の付き添い | |
| 負 担 金 | 【年会費】 500 円（毎年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日まで） | | |
| | 【料金】 | | |
| | 協力会員への謝礼 | 30 分未満 | 300 円 |
| | | 30 分～1 時間 | 600 円 |
| | | 以降 30 分増すごとに | 300 円 |
| 協力会員の車を使用した場合 | 1 kmにつき 40 円のガソリン代 | | |
| その他 | 実費が必要な場合は実費 | | |
| 窓 口 | 池田町社会福祉協議会 | 電話 0261-62-9544 | |

5. 日中を過ごす場所は 地域活動支援センター

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 障がい者等の創作的活動又は生産活動の機会の提供及び社会との交流の促進を図ります。 |
| 対 象 者 | 心身障がい者で、利用が適当であると認められた方 |
| 事 業 所 | 【池田町内】 いけだ地域活動支援センター「くわの木」(総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-62-9544 (池田町社会福祉協議会) 【池田町外】 詳しくは窓口へお尋ねください。 |
| 負 担 額 | 所得等により自己負担があります。 |
| 申請に必要な書類 | ・ 障害者手帳 (保持していなくても利用は可能) ・ 申請書 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

生活介護 (障害福祉サービス 日中活動系サービス)

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等)

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 常に介護を必要とする方に、おもに日中に障害者支援施設などで行われる入浴、排せつ、食事の介護や、創作的活動、生産活動の機会の提供などを行います。 |
| 対 象 者 | 事前に「障害支援区分認定調査」を行い障害支援区分3以上 (50歳以上は区分2以上) の区分認定された方です。 なお、介護保険制度が利用可能な方は介護保険サービスが優先されます。 |
| 負 担 額 | 原則10% * 所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

6. 選挙の投票所へ行くことができないときには 郵便による不在者投票

(身体障がい者)

| | | |
|-------|---|--|
| 内 容 | 身体障害者手帳の交付を受けている選挙人で、下記に該当する方は池田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、郵便による投票が認められます。代理記載制度もあります。 | |
| 対 象 者 | 郵便不在者投票 | ・ 両下肢、体幹機能、移動機能 (1級又は2級) ・ 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸 (1級又は3級) ・ 免疫機能、肝臓機能 (1級、2級、3級) |
| | 郵便不在者投票及び代理記載 | 上記のいずれかに加え、上肢機能障害 (1級) 又は視覚障害 (1級) |
| 窓 口 | 池田町選挙管理委員会事務局 電話 0261-62-3131 | |

7. 手話通訳・要約筆記者を利用するには

(聴覚、音声、言語障がい者)

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 聴覚障がい者が社会生活上又は日常生活上で必要とする場合、コミュニケーションを円滑にするための手話通訳・要約筆記者を派遣します。 |
| 対 象 者 | 聴覚障がい者及び音声、言語機能障がい者 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

8. 障害者用駐車区画を利用するには (信州パーキングパーミット)

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等)

| | |
|------------------------------|--|
| 内 容 | 障がいのある方等歩行の困難な方に、施設に設置されている障がい者等用駐車区画を利用できる障がい者等用駐車場利用証を交付します。 |
| 対 象 者 (手帳の 内容・等 級等) | 以下のいずれかの内容の身体障害者手帳をお持ちの方 <ul style="list-style-type: none"> ・視覚、内部機能 (4級以上) ・聴覚、ろうあ (3級以上) ・平衡機能 (5級以上) ・上肢 (2級以上) ・下肢 (6級以上) 療育手帳 (A2以上) をお持ちの方 精神保健福祉手帳 (1級) をお持ちの方 難病にかかる医療受給者証をお持ちの方 |
| 申請に必要な書類 | 対象者であることが確認できる手帳等 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

9. 配慮をお願いしたいことを周囲に知らせるには（ヘルプマーク）

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等）

| | |
|------------------------------|--|
| 内 容 | 生活上の困難の有無について外見からは分からないけれど、援助や配慮を必要とする方が、ヘルプマークを着用することで必要な手助けを受けやすくするものです。 |
| 対 象 者 （手帳の 内容・等 級等） | 以下の手帳等をお持ちの方で、その障がい等が見た目からは分からない方 ・身体障害者手帳 ・療育手帳 ・精神保健福祉手帳 ・難病にかかる医療受給者証 |
| 申請に必要な書類 | 対象者であることが確認できる手帳等 |
| 窓 □ | 池田町役場 健康福祉課福祉係 （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

10. 災害時避難等の支援を受けたい場合は（避難行動要支援者名簿登録）

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者等）

| | |
|------------------------------|---|
| 内 容 | 災害時、自力での避難等が困難で、身近に協力してくれる人がいない場合、この名簿に登録することで、地域の自主防災組織、消防、警察等の支援が得やすくなります。 |
| 対 象 者 （手帳の 内容・等 級等） | 以下の手帳等をお持ちの方等 ・身体障害者手帳（1級及び2級） ・療育手帳（A1及びA2） ・精神保健福祉手帳（1級） ・その他困難な事情を抱える方 |
| 申請に必要な書類 | 対象者であることが確認できる手帳等 |
| 窓 □ | 池田町役場 健康福祉課福祉係 （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

11. 聴覚障害者等向け電話通訳サービスを受けたい場合は（電話リレーサービス）

（身体障がい者）

| | |
|------------------------------|---|
| 内 容 | 聴覚障害者や発話困難者（以下、聴覚障害者等）と、聴覚障害者等以外の人（きこえる人）との会話を通訳オペレータが「手話」または「文字」と「音声」を通訳することにより、電話で即時双方向につながるができる公的インフラサービス（有料）で、24時間・365日、双方向での利用、緊急通報機関への連絡も可能です。 |
| 対 象 者 （手帳の 内容・等 級等） | ・聴覚障害者、発話困難者（障害者手帳不要） ・予め登録が必要 URL: https://nftrs.or.jp/ （電話リレーサービス ホームページ） |
| 窓 □ | 電話リレーサービスカスタマーセンター 電話 03-6275-0912 FAX 03-6275-0913 URL: https://nftrs.or.jp/contact/ （お問い合わせ用） |

住まい（住宅）

1. 住宅を改良するときは

住宅改修（障害者にやさしい住宅改良）

（身体障がい者）

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 身体障害者手帳の交付をうけている方が日常生活の一部を自力で行えるよう、居室、浴室、便所、洗面所等を整備改善する費用の一部を補助します。 |
| 対 象 者 | 前年度の所得税額の合計額が8万円以下の世帯であって、次のいずれかに該当する世帯です。 ①1級から3級の身体障害者手帳交付を受けている方のいる世帯 ②4級から6級の身体障害者手帳を受けている独居者、又は常時介護する人がなく支援が必要と認められる世帯 |
| 補 助 金 額 | 対象経費の9/10以内の額（63万円を限度） |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 ・印鑑 ・障害者にやさしい住宅改良促進事業補助金交付申請書 ・改修内容のわかるもの（見積書、図面、改修前・後の写真等） |
| 窓 □ | 池田町役場 健康福祉課福祉係（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

2. 公営住宅へ入居するには

（身体障がい・知的障がい・精神障がい）

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 世帯で入居する際に、抽選時に優先入居できる制度があります。（県営住宅） 身体障がい者向け住宅に入居できる制度があります。（県営住宅） 単身でも入居できる場合があります。 |
| 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交付を受けている方及びその家族 *障がいの種類、等級、収入等により対象にならない場合があります。詳しくは窓□へお尋ねください。 |
| 窓 □ | 【県営住宅】 北アルプス地域振興局 商工観光建築課建築係 電話 0261-23-6524 【町営住宅】 池田町役場 建設水道課建設管理係 電話 0261-62-3130 |

3. グループホーム（障害福祉サービス 居住系サービス）

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等）

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等必要性が認められた方には介護サービスも提供します。 |
| 対 象 者 | 池田町において必要と認められた障がい者 |
| 負 担 額 | 各グループホームによって異なります。詳しくは希望するグループホームへお尋ねください。 |
| 窓 □ | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

外出の支援

1. 外出時の付き添いが必要なときには 移動支援

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病患者等)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | 社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動を支援します。 |
| 対 象 者 | 屋外での移動が困難な障がい者等 |
| 支援の種類 | ①個別支援型 個別的支援が必要な方へのマンツーマンによる支援 ②グループ支援型 複数の方への同時支援や屋外でのグループワーク、同一目的地・同一イベントへの複数人同時参加の際の支援 ③車両移送型 * (2) 福祉輸送サービス参照 池田町社会福祉協議会が実施する福祉輸送サービスによる支援 |
| 負 担 額 | 支援の種類により利用料金が異なります。詳しくは窓口へお尋ねください。 |
| 申請に必要な書類 | ・移動支援事業利用申請書 ・印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

福祉輸送サービス (移動支援・車両移送支援型)

(身体障がい者・精神障がい者・障がい児・難病患者等)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | バスやタクシーなどの公共交通機関を一人で利用することが困難な高齢者、障がい者の外出を支援します。 ご利用のためには、福祉輸送サービスへの会員登録が必要です。 |
| 会員登録の条件 | 池田町に住所を有する方で、①②の要件を満たし、アイウエのいずれかに該当している方です。 ①他人の介助によらずに移動することが困難な方 ②単独でタクシーその他の公共交通機関を利用することが困難な方 ア 身体障害者手帳の交付を受けている方 イ 要介護認定を受けている方 ウ 要支援認定を受け、身体状況等について対象であることが確認された方 エ その他肢体不自由・内部障がい・精神障がいを有する方 |
| 負 担 額 | 会員登録 年会費 (4月1日～翌年3月31日) 500円 基本料金 (池田町町内利用 片道) 600円 *利用の内容により加算料金が必要となる場合があります。 |
| 申請に必要な書類 | 詳しくは窓口へお尋ねください。 |
| 窓 口 | 池田町社会福祉協議会 電話 0261-62-9544 |

2. 自動車を身体障がい者用に改造したいときには
自動車改造費の助成

(身体障がい者)

| | |
|----------|--|
| 内 容 | 自動車を身体障がい者用の自動車に改造する経費の一部を助成します。 |
| 対 象 者 | 池田町に住所を有する方で、次の要件のいずれにも該当する方とします。 ①身体障がい者が自ら所有し、運転する自動車の手動装置等の一部を改造することにより社会生活が見込まれる方 ②前年度の所得課税所得金額が、助成を行う月の属する年の特別障害者手当の所得制限限度額を超えていない方 |
| 対 象 経 費 | 自動車の改造に直接要する経費とし、1件10万円以内とします。 |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者自動車改造費給付申請書 ・見積書 ・身体障害者手帳 ・印鑑 ・写真（改造前・改造後） |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

各種割引制度

1. 運賃等の割引を受けるには タクシー運賃の割引

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|---------|---|
| 内 容 | タクシーの運賃が10%割引になります。 |
| 対 象 者 | 身体障害者手帳、又は療育手帳の交付を受けている方 (安曇観光タクシー池田営業所は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方も含む) |
| 利 用 方 法 | 運転手に手帳を呈示してください。 |
| 窓 口 | 安曇観光タクシー池田営業所 電話 0261-62-4111 長野県タクシー協会、又は各タクシー会社 |

鉄道運賃の割引

(身体障がい者・知的障がい者)

| | | | | |
|-----------|--|----------------------|-----------------------|---------------------|
| 内 容 | 次のとおり割引になります。 | | | |
| | 区 分 種 類 | 第 1 種 | 第 1 種・2 種 | |
| | | 介護者と乗車 (単独では割引なし) | 片道 100 kmを超えて 単独乗車 | 12 歳未満の方が 介護者と乗車 |
| | 普通乗車券 | 本人・介護者 5 割引 | 5 割引 | |
| | 定期乗車券 | 本人・介護者 5 割引 | | 介護者のみ 5 割引 |
| 回数乗車券・急行券 | 本人・介護者 5 割引 | | | |
| 利 用 方 法 | 身体障害者手帳又は療育手帳を駅の窓口へ呈示して購入してください。大人の第1種障害者と介護者が100 km以内の乗車券を購入する場合は、自動券売機の小児用乗車券で代用できます。(改札で手帳を呈示してください。) | | | |
| 窓 口 | 詳しくは各鉄道会社へお尋ねください。 | | | |

バス運賃の割引

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|---------|---|
| 内 容 | 普通乗車券が50%割引になります。 (定期乗車券、貸切バスについては、各バス会社へお問い合わせ下さい。) |
| 対 象 者 | 身体障害者手帳及び療育手帳の交付を受けている方 *精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方については各会社によって異なります。 詳しくは各バス会社へお尋ねください。 |
| 利 用 方 法 | 乗車券販売窓口で手帳を呈示し、乗車券を購入してください。 |
| 窓 口 | 各バス会社 |

町営バス運賃の割引

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・70歳以上の方)

| | |
|---------|---|
| 内 容 | 回数券・定期券を割引価格で購入できます。 |
| 対 象 者 | <p>【割引回数券】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・70歳以上の方 ・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ている方 <p>【定期券】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・70歳以上の方 ・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ている方 |
| 購 入 金 額 | <p>【割引回数券】</p> <p>150円券 22枚綴り 2,400円 (通常 3,000円)</p> <p>300円券 22枚綴り 4,800円 (通常 6,000円)</p> <p>【定期券】</p> <p>1カ月券のみ (3カ月先分まで購入できます。)</p> <p>1カ月間の運行日数×往復料金×1/2で計算</p> |
| 購 入 方 法 | 販売場所にて、障害者手帳、年齢の確認できるものを呈示してご購入ください。 |
| 販 売 場 所 | <p>販売時間 平日 午前8時30分～午後5時まで</p> <p>【割引回数券】</p> <p>池田町役場 住民課②番窓口 総合福祉センターやすらぎの郷 健康福祉課</p> <p>【定期券】</p> <p>池田町役場 住民課②番窓口のみ</p> |
| 窓 口 | 池田町役場 住民課環境係 電話 0261-62-2203 |

航空旅客運賃の割引

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|---------|--|
| 内 容 | 各航空会社が国内路線ごとに設定しています。 *詳しくは各航空会社へお尋ねください。 |
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> ・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方 (介護者1名も対象) <p>*一部航空会社では認めていない場合もあります。</p> |
| 利 用 方 法 | 航空券販売窓口で手帳を呈示し、航空券を購入してください。 |
| 窓 口 | 各航空会社 |

| | | | |
|----------|---|--|---------------------|
| 内 容 | 次のとおり割引になります。 | | |
| | 運転者 | 手帳の種類 | 自動車の所有者 |
| | 自らが運転する場合 | 身体障害者手帳の交付を受けている方 | 本人又は親族が所有する自動車 |
| | 介護者が運転する場合 | 第1種 身体障害者手の交付を受けている方 A1,A2 療育手帳の交付を受けている方 | 本人、親族または介護者が所有する自動車 |
| | <p>*1台のみ証明が出来ます。</p> <p>*営業車、レンタカー、軽トラックは対象になりません。</p> <p>*日本高速道路(株)、道路公社、自治体が管理する高速道路および一般有料道路以外は割引対象とならない場合がありますので、料金所でご確認ください。</p> | | |
| 利用方法 | <p>あらかじめ福祉係にて所定の申請を行い、手帳の所定の欄に証明を受けることにより割引(5割引)が適用となります。料金所において手帳を呈示してください。</p> <p>*ETC利用もできます。(申請必要)</p> | | |
| 有効期間 | <p>手帳に証明した期間</p> <p>更新の希望のある方は、有効期限の2ヶ月前より申請が出来ます。</p> | | |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳及び療育手帳 ・申請書 ・車検証 ・運転免許証(第2種障害者の方) <p>【ETCを利用】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ETCカード(18歳以上の方は本人名義のもの) ・ETC搭載機の管理番号が確認できるもの(セットアップ証明書等) | | |
| 窓 口 | <p>池田町役場 健康福祉課福祉係(総合福祉センターやすらぎの郷内)</p> <p>電話 0261-61-5000</p> | | |

2. NHK 受信料の免除を受けるには

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|----------|---|
| 内 容 | NHK の受信料が全額または半額免除になります。 |
| 対 象 者 | <p>【全額免除】 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た方で、世帯員全員が市町村民税非課税の方</p> <p>【半額免除】 世帯主で、身体障害者手帳の視覚障害・聴覚障害の手帳の交付を受けている方 世帯主で、身体障害者手帳の 1 級・2 級の手帳の交付を受けている方 世帯主で、精神障害者保健福祉手帳の 1 級の交付を受けている方 世帯主で、療育手帳 A1 の交付を受けている方</p> |
| 申請に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・放送受信料免除申請書 ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し ・印鑑 |
| 窓 口 | 池田町役場 健康福祉課福祉係 (総合福祉センターやすらぎの郷内) 電話 0261-61-5000 |

3. 携帯電話の割引サービス

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|-------|------------------------------------|
| 内 容 | 携帯電話各社ごとで、携帯電話利用料の割引サービスが受けられます。 |
| 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交付を受けている方 |
| 窓 口 | 各携帯電話の取扱店またはグループ店 |

就労について

1. 職業訓練を受けるには 公共職業訓練

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者)

| | |
|------|---|
| 内 容 | 職業に就こうとしている方の適性や地域の雇用ニーズ等に対応した職業訓練を実施しています。 |
| 訓練期間 | 職種により1ヶ月から2年 |
| 窓 口 | ハローワーク大町 電話 0261-22-0340 |

2. 就職をするには 障害者トライアル雇用事業

| | |
|-----|---|
| 内 容 | ハローワークまたは民間の職業紹介事業者の紹介により、就職が困難な障がい者を一定期間雇用することにより、その適性や業務遂行可能性を見極め、求職者および求人者の相互理解を促進すること等を通じて、障がい者の早期就職の実現や雇用機会の創出を図る事業です。 |
| 窓 口 | ハローワーク大町 電話 0261-22-0340 |

3. 就労支援を受けるには 障害者就業・生活支援センター（就労支援ワーカー）

| | |
|-----|--|
| 内 容 | 就労支援ワーカーを配置し、障がいのある方の就職や職場定着支援を行います。 |
| 窓 口 | 大北圏域障がい者就業・生活支援センター がんばりやさんKウォーク 住所 大町市大町 4085-5 電話 0261-85-0552 |

福祉企業センター

| | |
|-----|--|
| 内 容 | 身体障がい、知的障がい、精神障がい等の一般就労が困難な人や、世帯の事情等により就労能力の限られている人に、就労の場の確保や技能の習得と合わせ、自立助長を支援します。 |
| 対象者 | 身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者等 |
| 負担額 | なし |
| 窓 口 | 池田町福祉企業センター 電話 0261-62-2272 |

就労移行支援（障害福祉サービス 日中活動系サービス）

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等）

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 一般企業等への就労を希望する方に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 |
| 対 象 者 | 池田町において必要と認められた障がい者 |
| 負 担 額 | 原則10% *所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 |
| 窓 口 | 池田町役場 多世代相談センター （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

就労継続支援（障害福祉サービス 日中活動系サービス）

（身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病患者等）

| | |
|-------|---|
| 内 容 | 一般企業等への就職が困難な方に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。 |
| 対 象 者 | 池田町において必要と認められた障がい者 |
| 負 担 額 | 原則10% *所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 |
| 窓 口 | 池田町役場 多世代相談センター （総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 |

障害者総合支援法のサービス

*このサービスを利用するためには、事前に申請とサービス利用計画書を提出して頂き、市町村による支給決定が必要となります。

1. 介護給付（障害者支援区分認定が必要）

| サービス種類 | 支援内容 | 必要区分 |
|---------------|---|---|
| 居宅介護（ホームヘルパー） | 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。 | 区分1以上 |
| 重度訪問介護 | 重度の肢体不自由者又は重度の知的障がい若しくは精神障がいにより、行動上著しい困難を有する方で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。 | 区分4以上 *条件あり |
| 同行援護 | 視覚障がいにより、移乗に著しい困難を有する方に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。 | 【身体介護なし】 区分なし 【身体介護あり】 区分2以上 *なし・あり各条件あり |
| 行動援護 | 自己判断能力が制限されている方が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。 | 区分3以上 *条件あり |
| 重度障害者等包括支援 | 介護の必要性がとて高い方に、居宅介護等のサービスを包括的に行います。 | 区分6 *条件あり |
| 短期入所（ショートステイ） | 自宅で介護する方が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。 | 区分1以上 |
| 療養介護 | 医療と常時介護を必要とする方に、医療機関で機能訓練、医療上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。 | 区分5・6 *条件あり |
| 生活介護 | 常に介護を必要とする方に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。 | 【在宅の場合】 区分3以上 (50歳以上) 区分2以上 【施設入所】 区分4以上 (50歳以上) 区分3以上 |
| 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、食事の介護等を行います。 | 区分4以上 (50歳以上) 区分3以上 |
| 負担額 | 原則10% *所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 | |
| 窓 | <ul style="list-style-type: none"> □ 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 □ 担当する相談支援専門員 | |

2. 訓練給付（障害者支援区分認定は必要としない）

| | |
|-----------------------------|---|
| サービスの種類 | 支援内容 |
| 自立訓練 | 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります。 |
| 就労移行支援 | 一般企業等への就労を希望する方に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 |
| 就労継続支援 A型＝雇用型 B型＝非雇用型 | 一般企業等での就労が困難な方に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。 |
| 共同生活援助 (グループホーム) | 共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている（支援区分認定者）方には介護サービスも提供します。 |
| 負担額 | 原則10% *所得等により1カ月の負担上限額が設けられます。 |
| 窓口 | <ul style="list-style-type: none"> 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 担当する相談支援専門員 |

3. 児童の通所支援

| | | |
|------|---|---|
| 内容 | 日常生活における基本的な生活能力の向上や集団生活、社会との交流を図ることが出来るよう、指導・訓練等必要な支援を行います。 | |
| 対象者 | 療育手帳の交付されている障がい児 | |
| 支援方法 | 児童発達支援 (福祉型・医療型) | 未就学の障がい児が通所し、日常生活における基本的動作や知識技能を習得するとともに、集団生活に適用できるよう指導、訓練、治療を行う事業所です。 |
| | 放課後等デイサービス | 就学している障がい児が、放課後や夏休み等の学校の休業日に通所し、生活能力の向上のために必要な訓練を行うとともに、社会との交流を図ることのできるよう指導、訓練を行う事業所です。 |
| | 保育所等訪問支援 | 保育園等を利用しているまたは利用予定の障がい児が、保育所等における集団生活に適用するための専門的な支援を必要とする場合、訪問支援員が保育所等を訪問し、支援することにより、保育所等の安定した通園を支援します。 |
| 負担金 | 世帯の収入状況等により自己負担があります。(負担上限月額あり) | |
| 窓口 | <ul style="list-style-type: none"> 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 担当する相談支援専門員 | |

4. 相談支援

| | | | |
|------|---|-------------------------|--|
| 内 容 | サービス等利用計画の作成、サービス事業所等との連絡調整などを行います。 | | |
| 障がい者 | サービス等利用計画 | 指定特定相談支援事業者 (計画作成担当) | <ul style="list-style-type: none"> ・計画相談支援（個別給付） サービス利用支援 継続サービス利用支援 ・基本相談支援 (障がい者・障がい児等からの相談) |
| | 地域移行支援 地域定着支援 | 指定一般相談支援事業者 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域相談支援（個別給付） 地域移行支援 (外出の同行支援・入居支援等) 地域定着支援 (24時間の相談支援体制等) ・基本相談支援 (障がい者・障がい児等からの相談) |
| 障がい児 | サービス等利用計画等 | 【居宅サービス】 指定特定相談支援事業者 | <ul style="list-style-type: none"> ・計画相談支援（個別給付） サービス利用支援 継続サービス利用支援 ・基本相談 (障がい児・障がい児の保護者等からの相談) |
| | | 【通所サービス】 障害児相談支援事業者 | <ul style="list-style-type: none"> ・障害児相談支援（個別給付） 障害児支援利用援助 継続障害児支援利用援助 |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000 ・担当する相談支援専門員 | | |

相 談 窓 口

1. 生活全般に関するご相談は

大北圏域障害者総合支援センター（スクラム・ネット）

| | |
|---------|---|
| 内 容 | 身体障がい、知的障がい、精神障がい等のある方や、そのご家族、あるいは手帳の有無に関わらず社会生活をしていく上で困っている方を支援します。 |
| 支 援 内 容 | ①身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者及び障がい児の福祉サービスの利用援助や調整 ②障がい児の療育相談等 ③電話や家庭訪問等による生活全般の相談支援 ④家庭や職場を訪問し、仕事に関する相談支援 ⑤発達障がいに関する相談支援 |
| 窓 口 | 大北圏域障害者総合支援センター「スクラム・ネット」 電話 0261-26-3855 |

2. 相談ができる主な機関

| | | |
|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 障がいや生活について | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター | 0261-61-5000 |
| 生活保護について | 大町保健福祉事務所 | 0261-23-6508 |
| 障がい者への虐待相談 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター | 0261-61-5000 (夜間・休日) |
| | 長野県福祉権利擁護・相談センター | 0261-62-3131 026-226-0110 |
| 障害年金について | 松本年金事務所 | 0263-32-5821 |
| | 池田町役場 住民課住民係（国民年金加入者） | 0261-62-3131 |
| 就労について | ハローワーク大町 | 0261-22-0340 |
| | 長野県障害者職業センター | 026-227-9774 |
| | 大北生活・就労支援センター（まいさぼ大町） | 0261-22-7083 |
| | 障がい者就業・生活支援センター (がんばりやさんKウォーク) | 0261-85-0552 |
| 消費生活トラブル 多重債務（借金）の相談 | 池田町役場 住民課環境係 | 0261-62-2203 |
| 心の悩みごと | 長野いのちの電話 | 0263-29-1414 |
| | 長野県精神保健福祉センター | 026-224-3626 |
| | よりそいホットライン | 0120-279-338 |

3. 18歳未満の児童についてのご相談は

| | | |
|---------------------------|----------------------|--------------|
| 総合的なご相談 | 松本児童相談所 | 0263-91-3370 |
| 子育ての悩み、カウンセラー、児童虐待、DV等の相談 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター | 0261-61-5000 |
| こどもの教育相談室 | 池田町教育会館 | 0261-61-1430 |

4. どこに相談してよいか分からない・内容が整理できないとき

| | | |
|---------|----------------------|--------------|
| 総合的なご相談 | 池田町役場 健康福祉課多世代相談センター | 0261-61-5000 |
|---------|----------------------|--------------|

権 利 擁 護

1. 障がい者の虐待に関わるご相談は

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等)

| | |
|-------------|--|
| 内 容 | <p>平成 24 年 10 月から「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行されました。</p> <p>この法律では、何人も、障がい者に対し、虐待をしてはならないと規定し、虐待を受けたと思われる障がい者を発見した場合の通報が義務付けられました。虐待を受けた障がい者が自ら通報窓口へ届出することもできます。</p> |
| 相談・通報・届出の対象 | <p>【障がい者虐待の種類】</p> <p>①養護者による虐待 障がい者の世話、介護、金銭管理等をする、家族・同居人等による虐待</p> <p>②障がい者福祉施設従事者等による虐待 障がい者福祉施設などの職員による虐待</p> <p>③使用者による虐待 障がい者を雇用する事業主、経営担当者などによる虐待</p> <p>【障がい者虐待の例】</p> <p>①身体的虐待 殴る、蹴る、無理やり食べ物等を口に入れる、不適切な身体拘束など</p> <p>②性的虐待 性的行為を強要する、裸にする、本人の前でわいせつなことを言うなど</p> <p>③心理的虐待 侮辱する言葉を浴びせる、怒鳴る、ののしる、無視するなど</p> <p>④放棄・放任 食事を十分に与えない、排泄介助をしない、医療機関に受診させないなど</p> <p>⑤経済的虐待 年金や賃金を渡さない、本人の同意なしに預貯金を運用するなど</p> |
| 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> ・池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（総合福祉センターやすらぎの郷内） 電話 0261-61-5000（平日 8：30～17：15） 0261-62-3131（夜間、土日祭日） ・長野県障がい者権利擁護（虐待防止）センター 電話 026-235-7107 |

2. 成年後見制度に関わるご相談は

(身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等)

| 内 容 | <p>認知症の方や、知的障がい・精神障がいのある方など判断能力が十分でない方々の財産の管理や、身上監護（介護、施設への入所・退所などの生活について配慮すること）の契約に関して支援したり保護したりする制度です。判断能力が不十分なために、財産侵害を受けたり、人間としての尊厳が損なわれたりすることがないように、法律面や生活面で支援する仕組みです。</p> | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-------|---------|-----|-----|-----------|-------|-----|----------|-----|-----|---------|-----|
| 後見の種類 | <p>【法定後見】</p> <p>判断能力が不十分な方に対して、家庭裁判所が成年後見人等を選ぶ制度です。判断能力の程度により、以下の3つの区分があります。</p> <table border="1" data-bbox="363 528 1054 725"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>本人の判断能力</th> <th>保護者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>後 見</td> <td>非常に減退している</td> <td>成年後見人</td> </tr> <tr> <td>保 佐</td> <td>かなり衰えがある</td> <td>保佐人</td> </tr> <tr> <td>補 助</td> <td>少し衰えがある</td> <td>補助人</td> </tr> </tbody> </table> <p>【任意後見】</p> <p>判断能力が十分でなくなった時のために、前もって本人が任意後見人を選ぶ制度です。本人は、判断能力があるうちに任意後見人と任意後見契約を結びます。</p> | 区 分 | 本人の判断能力 | 保護者 | 後 見 | 非常に減退している | 成年後見人 | 保 佐 | かなり衰えがある | 保佐人 | 補 助 | 少し衰えがある | 補助人 |
| 区 分 | 本人の判断能力 | 保護者 | | | | | | | | | | | |
| 後 見 | 非常に減退している | 成年後見人 | | | | | | | | | | | |
| 保 佐 | かなり衰えがある | 保佐人 | | | | | | | | | | | |
| 補 助 | 少し衰えがある | 補助人 | | | | | | | | | | | |
| 相談窓口 | <p>池田町役場 健康福祉課多世代相談センター（障害者） 及び 地域包括支援センター（高齢者） 電話 0261-61-5000</p> | | | | | | | | | | | | |

池田町役場 健康福祉課福祉係

〒399-8601 池田町大字池田 2005 - 1
池田町総合福祉センター「やすらぎの郷」内
T E L : 0261 - 61 - 5000
F A X : 0261 - 62 - 9441
E-mail : fukushi@town.ikeda.nagano.jp