



障がい者相談の手引き

潟上市社会福祉課

総合相談窓口

この手引きには、サービスを受けるための簡単な内容を記載してあります。
必要なサービスが探せない場合や、記載内容がわからない場合など、困ったときは下記担当課までお気軽にご相談ください。

◇ 身体・知的・精神障がいのある方のご相談は（障がい福祉関係全般）

潟上市役所 社会福祉課障がい福祉班（市役所 1階）

住 所 潟上市天王字棒沼台 2 2 6 - 1

電話番号 0 1 8 - 8 5 3 - 5 3 1 4

FAX 番号 0 1 8 - 8 5 3 - 5 2 3 3

E - m a i l shougai Fukushima@city.katagami.lg.jp

この手引きに記載された情報は、令和7年4月1日現在のものです。
今後、変更される場合があります。

目 次

◆ 各種手帳		
・ 障害者手帳の交付を受けたいときは	・・・・・・・・・・	P 1
◆ 自立支援医療		
・ 更生医療・精神通院医療・育成医療を受けたいときは	・・・・・・・・・・	P 4
◆ 福祉医療		
・ 福祉医療制度とは	・・・・・・・・・・	P 6
・ 後期高齢者医療について	・・・・・・・・・・	P 7
◆ 補装具費支給制度		
・ 補装具の交付・修理を受けたいときは	・・・・・・・・・・	P 8
◆ 日常生活用具等給付事業		
・ 日常生活用具等の給付を受けたいときは	・・・・・・・・・・	P 10
◆ その他用具助成事業		
・ 難聴児補聴器購入費助成事業、人工内耳専用電池購入費助成事業	・・・・・・・・・・	P 14
◆ 公共料金などの割引や助成等		
・ JR 運賃の割引	・・・・・・・・・・	P 15
・ バス運賃の割引	・・・・・・・・・・	P 15
・ 有料道路の割引	・・・・・・・・・・	P 16
・ NHK 放送受信料の減免	・・・・・・・・・・	P 17
・ タクシー運賃の割引	・・・・・・・・・・	P 18
・ 航空旅客運賃の割引	・・・・・・・・・・	P 19
・ 駐車禁止除外指定車標章の交付	・・・・・・・・・・	P 19
・ 身体障害者用自動車改造費・運転免許取得費の助成	・・・・・・・・・・	P 20
◆ 税金の控除・減免		
・ 所得税・市民税・県民税・贈与税・相続税の控除、事業税の非課税	・・・・・・・・・・	P 21
・ 自動車税（種別割）等の減免	・・・・・・・・・・	P 22
・ 軽自動車税（種別割）等の減免	・・・・・・・・・・	P 24
◆ 各種手当等		
・ 特別障害者手当、障害児福祉手当	・・・・・・・・・・	P 26
・ 児童扶養手当	・・・・・・・・・・	P 27
・ 特別児童扶養手当	・・・・・・・・・・	P 28
・ 重度身体障害者通院費補助金	・・・・・・・・・・	P 30
・ 作業所等の通所・通学者交通費補助金	・・・・・・・・・・	P 31
◆ 障害福祉サービス		
・ 障害福祉サービスのしくみ	・・・・・・・・・・	P 32
・ 障害福祉サービスの内容	・・・・・・・・・・	P 33
・ 障害福祉サービスの利用のしかた	・・・・・・・・・・	P 34
・ 利用した際の費用について	・・・・・・・・・・	P 35
・ 障害児を対象としたサービス	・・・・・・・・・・	P 36
・ 地域生活支援事業	・・・・・・・・・・	P 37

各種手帳

身体障害者手帳

■ 対象者

以下に掲げる障がいの程度が1級～6級に該当の方が手帳交付の対象となります。

- ・視覚障害 ・聴覚、平衡機能障害 ・音声、言語、そしゃく機能障害
- ・肢体不自由(運動機能障害含む) ・心臓機能障害 ・じん臓機能障害 ・呼吸器機能障害
- ・ぼうこう、直腸機能障害 ・小腸機能障害 ・免疫機能障害 ・肝臓機能障害

※ 7級の障害は、1つのみでは手帳交付の対象とはなりません、2つ以上重複する場合は手帳交付の対象となります。(肢体不自由のみ)

■ 各種申請手続きと必要書類

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
1. 身体障害者手帳交付申請 (新規申請時)	<ul style="list-style-type: none">・ 身体障害者手帳交付申請書・ 診断書・意見書(指定医師記載のもの)・ 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの
2. 身体障害者手帳再交付申請 (紛失・破損の場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 身体障害者手帳再交付申請書・ 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの・ 身体障害者手帳の写し(破損の場合)
3. 身体障害者手帳再交付申請 (状態が変わったとき) (再認定を受けなければならないとき)	<ul style="list-style-type: none">・ 身体障害者手帳再交付申請書・ 診断書・意見書(指定医師記載のもの)・ 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの・ 身体障害者手帳の写し
4. 居住地・氏名変更届 (新居住地の市町村で手続き)	<ul style="list-style-type: none">・ 身体障害者居住地・氏名変更届・ 身体障害者手帳
5. 身体障害者手帳返還届 (死亡・再交付手帳の発行を受けたとき)	<ul style="list-style-type: none">・ 身体障害者手帳返還届・ (旧)身体障害者手帳

- ◎ 申請書、診断書・意見書は社会福祉課にあります。
- ◎ 診断書・意見書は、指定医療機関の担当医師へ記入を依頼してください。
診断書の有効期限は、診断日から3ヶ月以内です。
- ◎ 住所・氏名を変更したとき、死亡したとき、手帳を紛失・破損したとき、障がいの程度が変わったときは、必ず届け出して下さるようお願いいたします。
- ◎ お手続きの際は、個人番号(マイナンバー)をご用意ください

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

療育手帳

■ 対象者

18歳以上の方は福祉相談センターで、18歳未満の方は児童相談所で知的に障がいがあると判定された方は、申請により療育手帳を取得することができます。

※ 知的障害の概念

「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため何らかの援助を必要とするもの」

→発達期以降の障害はここでいう知的障害には該当しません。

（例えば、脳出血後遺症・老人性痴呆・交通事故やけがなどによる脳挫傷など）

■ 障害等級

A（最重度・重度）とB（中度・軽度）に区分されます。

IQ 概ね 20 以下	最 重 度	A	☆ IQ50以下で身体障害者手帳1～3級所持者は療育手帳Aに該当します。
IQ 概ね 21～35	重 度		
IQ 概ね 36～50	中 度	B	
IQ 概ね 51～70	軽 度		

※ 療育手帳の交付を受けた後、一定期間毎に障害程度の確認のために、再判定を受ける必要があります。

■ 各種申請手続きと必要書類

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
1. 療育手帳新規交付申請 (新規申請時)	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳交付申請書 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの 同意書
2. 療育手帳再判定申請 (時期判定年月が近づいたとき) (程度が著しく変わったと思われるとき)	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳交付申請書 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの 療育手帳の写し 同意書
3. 療育手帳記載事項変更届 (住所、氏名、保護者に変更があったとき)	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳記載事項変更届 療育手帳
4. 療育手帳再交付申請 (手帳を紛失、破損したとき)	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳再交付申請書 写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの 破損の場合は破損した手帳
5. 療育手帳返還届 (死亡・再交付手帳の発行を受けたとき)	<ul style="list-style-type: none"> 療育手帳返還届 療育手帳

◎ 申請書は社会福祉課にあります。

◎ 住所・氏名を変更したとき、保護者が変わったとき、死亡したとき、手帳を紛失・破損したとき、再判定時や障がいの程度が変わったときは、必ず届けて下さるようお願いいたします。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

精神障害者保健福祉手帳

■ 対象者

精神障がいのために、日常生活又は社会生活に制限のある方。

■ 障害等級

障がいの程度に応じて、1級・2級・3級に区分されます。

1級：精神障がい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

2級：精神障がいであって、日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの

3級：精神障がいであって、日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、または日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

■ 有効期限

有効期限は2年ですが、2年ごとに障がいの状態を再認定し、更新することになります。

その間に障がいの程度の変化があった場合には等級の変更申請をすることができます。

■ 申請手続き必要書類

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
1. 精神障害者保健福祉手帳申請 (新規・更新申請時)	<ul style="list-style-type: none">精神障害者保健福祉手帳交付申請書診断書 (初診の日から6ヶ月以上経過していること) またはマイナンバーによる障害者年金照会同意書写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの
2. 精神障害者保健福祉手帳再交付申請 (手帳を破損、紛失したとき)	<ul style="list-style-type: none">精神障害者保健福祉手帳再交付申請書精神障害者保健福祉手帳の写し(破損の場合)写真(たて4cm×よこ3cm) ※脱帽、上半身、1年以内に撮影されたもの
3. 精神障害者保健福祉手帳 記載事項変更申請 (住所、氏名に変更があったとき)	<ul style="list-style-type: none">精神障害者保健福祉手帳等級変更届申請書精神障害者保健福祉手帳の写し ※ 都道府県の区域を超える住所の変更の場合は手帳の交付申請も必要となります。
4. 精神障害者保健福祉手帳返納届 (死亡、非該当等)	<ul style="list-style-type: none">精神障害者保健福祉手帳返納届精神障害者保健福祉手帳

◎ 申請書は社会福祉課にあります。

◎ お手続きの際は、個人番号(マイナンバー)をご用意ください

■ お問い合わせ先 鴻上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

自立支援医療

自立医療支援には障がいの種別ごとに、更生医療・育成医療・精神通院と三つの医療制度があり、対象となる疾患や年齢、指定医療機関等が異なります。医療機関や社会福祉課に相談をし、障がいにあった医療制度を選択してください。

また、自立支援医療の利用にあたっては、事前に申請のうえ、医療の必要性について認定を受けていただく必要があります。必要性が認められた方には、「自立支援医療受給者証」をお渡しいたします。指定医療機関でのご提示のうえ、医療をお受けください。

【給付内容】

自己負担を原則1割負担とし、各医療保険制度を適応した残りの医療費を公費で負担します。所得の低い方には月当たりの負担額に上限が設定され、所得の低い方以外についても、継続的に相当額の医療費負担が発生する方（「重度かつ継続」）には、月当たりの負担額に上限が設定されます。

月当たりの負担額の上限は、課税状況や所得によって異なりますので、詳細については社会福祉課までお問い合わせください。

自立支援医療（更生医療）

身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上の方が、自立した日常生活または、社会生活を営むことができるよう、障がいの程度を軽くしたり、機能の回復を図ることを目的とした医療（人工透析や人工関節の手術など）を指定医療機関で受けられます。

■ 対象となる障害区分

- ・ 肢体不自由
- ・ 視覚障害
- ・ 聴覚、平衡機能障害
- ・ 音声、言語、そしゃく機能障害
- ・ 免疫機能障害
- ・ 内部障害（心臓、じん臓、小腸、肝臓機能障害に限ります。）

※ 身体障害者手帳に記載されている障がい（部位）に対する医療であること、保険診療であること等の条件があります。

■ 必要書類

- ・ 申請書
- ・ 医学的意見書
- ・ 同意書
- ・ 健康保険証
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 個人番号カード

◎ 医学的意見書は指定医療機関の担当医師へ記入を依頼してください。

また、市町村民税（所得割）や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。

◎ 申請書、診断書等は社会福祉課や医療機関にあります。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する方が、自立した日常生活または社会生活を営むために必要な医療を指定医療機関で受けられます。

■ 必要書類

- ・申請書 ・同意書 ・診断書（秋田県指定の様式） ・個人番号カード
 - ・健康保険証 国 保→世帯全員の保険証の写し
社保本人→本人のみの写し
社保家族→被保険者と本人の写し
 - ・前年の収入を確認できるもの（※非課税世帯で年金等の収入のある方）
 - i. 年金証書または振込通知書……………非課税世帯で年金などの収入のある方
 - ii. 念書……………非課税世帯で収入のない方
- ◎ 申請書、診断書等は社会福祉課や医療機関にあります。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：８５３－５３１４

自立支援医療（育成医療）

18歳未満の児童で、身体上の障がい有るか、現存する疾患を放置すると将来において障がいを残すと認められる方が、生活の能力を得るために必要な医療を指定医療機関で受けられます。

■ 対象となる障害区分

- ・肢体不自由 ・視覚障害 ・聴覚、平衡機能障害
- ・免疫機能障害 ・音声、言語、そしゃく機能障害
- ・内部障害（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸および小腸機能障害を除く内部障害
については、先天性のものに限ります。）

※内部障害は手術の場合のみを対象としますが、じん臓機能障害に対する人工透析医療、腎移植術後の抗免疫療法および小腸機能障害に対する中心静脈栄養法については、それらに伴う医療についても対象となります。

■ 必要書類

- ・申請書 ・自立支援医療（育成医療）意見書 ・同意書
 - ・記録票（じん臓機能障害・小腸機能障害・免疫機能障害の場合）
 - ・健康保険証 国 保→世帯全員の保険証の写し
社保本人→本人のみの写し
社保家族→被保険者と本人の写し
- ◎ 意見書および記録票は、指定医療機関の担当医師へ記入を依頼してください。
また、市町村民税(所得税)や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。
- ◎ 申請書、診断書等は社会福祉課や医療機関にあります。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：８５３－５３１４

福祉医療

■ 制度について

- 福祉医療費制度とは、市内に居住地を有する高齢身体障がい者及び重度心身障がい（児）者の心身の健康の保持と生活の安定を図るために実施する秋田県の医療費助成制度です。
- 受給者が病院等で受診すると、医療費の自己負担分（一部負担金）を支払うこととなりますが、福祉医療が該当になると、その自己負担分の一部を県と市が負担します。
- 福祉医療を受けるためには、市役所への申請が必要です。申請により「福祉医療費受給者証」が交付され、県内の病院・調剤薬局等で医療・調剤を受ける際、「福祉医療費受給者証」と「健康保険（組合員）証」を病院等に提示することにより、自己負担分（保険適用分）が助成されます（入院時食事代を除く）。

※ 特例疾患医療、自立支援医療など、他の法令等の規定によって国又は地方公共団体等の負担による医療の給付が行われる場合には、それらの公費負担制度が優先し、残る自己負担額が福祉医療の医療費助成の対象となります。

■ 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をお持ちの、高齢身体障がい者及び重度心身障がい（児）者の方で、以下に掲げる要件に該当する場合、福祉医療費制度（医療費助成）の対象となります。

対象区分	対象内容	所得制限※
重度心身障がい（児）者	身体障害者手帳（1級～3級） または療育手帳（A）所持者	※1
重度心身障がい（児）者 （精神）	精神障害者保健福祉手帳（1級） 所持し、かつ自立支援医療 （精神通院）支給認定者	※1
高齢身体障がい者	65歳以上の者で、身体障害者 手帳（4級～6級）所持者 （被用者保険本人を除く）	あり （本人・配偶者・扶養義務者）

※ 所得制限について

※1：被用者保険の本人(注)のみ所得制限があります

(注) ここでいう「被用者保険の本人」とは「市町村国民健康保険および国民健康保険組合、後期高齢者医療制度以外の健康保険に加入している被保険者」を指します。

■ 必要書類

- ・健康保険証 ・身体障害者手帳、療育手帳または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）（※精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方のみ）
- ・所得課税証明書（総所得・扶養人数・控除額が記載されたもの）

※上記所得制限がある場合で、1月1日現在市外に住所があった方。

1～7月分の申請は、前々年中、8～12月の申請は前年中の所得課税証明書が必要となります。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 社会福祉班 電話：853-5314

後期高齢者医療

■ 制度について

75歳以上の方が加入する国民健康保険等の健康保険組合から独立した医療制度です。医療費の負担割合は、外来・入院とも1割※となります。（※現役なみの所得がある高齢者は3割負担となります）

また、65歳～74歳で一定の障がいがある方は、申請することにより後期高齢者医療に加入することができます。

■ 対象となる障がいについて

- ・身体障害者手帳の1～3級
- ・身体障害者手帳4級の一部
[音声障害4級、言語障害4級、下肢障害4級の1号（両下肢のすべての指を欠くもの）
3号（一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの）4号（一下肢の機能の著しい障害）]
- ・障害基礎年金の等級が1・2級
- ・精神障害者保健福祉手帳の等級が1・2級
- ・療育手帳の障害の程度が重度（A）

■ 加入に関するお問い合わせは

潟上市市民課 国保医療班 電話：853-5313

補装具費支給制度

補装具は身体の失われた身体機能を補完し、代替するもので、身体に装着(装用)して日常生活や就労に用いるものであり、補装具費は、必要な補装具の購入、修理、または借受けする際の費用を支給する制度です。

補装具は現物支給なので、申請前に購入された方は補助の対象にはなりません。必ず事前にご相談ください。

■ 対象者

身体障害者手帳の交付を受けた方は、手帳に記載されている障がいの部位に応じた補装具の交付を受けることができます。以前支給された補装具の修理もできます。

また、成長期や障害の進行等により短期間で補装具等の交換が必要であると認められた場合や、購入する前に複数の補装具等を比較検討が必要であると認められる場合は借受けすることもできます。

※ 本人または配偶者（児童の場合は保護者）の中に、市民税所得割の額が46万円以上の方がいる場合は、給付の対象外となります。

■ 種類(主なもの)

障がいの部位	補装具の種類
視覚	視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡
聴覚	補聴器
肢体	車いす、電動車いす、義肢、装具など

※ 車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助杖は、介護保険が優先されます。

また、損害賠償制度、業務災害補償制度、社会保険制度での適応が優先されます。

※ 新規申請の場合、県判定機関の判定を受けてからの交付となりますので、日数がかかりますので予めご了承ください。

※ 視覚障害者用電子白杖を購入する際には別の助成制度があります。詳しくは、社会福祉課へお問い合わせください。

■ 必要書類

- ・申請書
- ・医師の意見書や処方箋
- ・身体障害者手帳
- ・見積書
- ・個人番号カード

◎申請書、医師の意見書や処方箋は社会福祉課にあります。

■ 利用者負担

利用者負担は、原則として1割（定率）負担です。

ただし、本人や家族等の課税状況等に応じて、負担額に上限があります。

区 分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一 般	市民税課税世帯	37,200円

※ 所得を判断する際の世帯範囲について

種別	世帯の範囲
18歳以上の障がい者 (施設に入所する18、19歳を除く)	障がいのある方とその配偶者
障がい児 (施設に入所する18、19歳を含む)	保護者の属する住民基本台帳での世帯

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

日常生活用具等給付事業

障がいがある方の家庭生活の不便を解消し、円滑な日常生活が送られるように、必要な用具を給付または貸し出します。

■ 対象者

障害者手帳の交付を受けた方は、手帳の障がいにあつた日常生活用具の給付を受けることができます。

※ ただし、障がいの内容・程度に一定の要件があります。また、介護保険の要介護認定を受けている方は介護保険制度が優先される品目があります。

※ 本人または配偶者（児童の場合は保護者）の中に、市町民税所得割の額が46万円以上の方がいる場合は、給付の対象になりません。

■ 必要書類

・申請書 ・身体障害者手帳または療育手帳 ・見積書 ・商品のカタログ等

◎障がいの内容・等級によって、医師の診断書を添付していただくことがあります。

◎申請書、医師の意見書や処方箋は社会福祉課にあります。

■ 利用者負担

利用者負担は、原則として1割（定率）負担です。

ただし、本人や家族等の課税状況等に応じて、負担額に上限があります。

区 分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一 般	市民税課税世帯	37,200円

※ 所得を判断する際の世帯範囲について

種別	世帯の範囲
18歳以上の障がい者 (施設に入所する18、19歳を除く)	障がいのある方とその配偶者
障がい児 (施設に入所する18、19歳を含む)	保護者の属する住民基本台帳での世帯

■ 給付品目

	種 目	対 象 者
介護・訓練支援用具	特殊寝台★	18歳以上の下肢または体幹機能障害2級以上の方
	特殊マット★	① 18歳未満の下肢または体幹機能障害2級以上の方もしくは知的障害が重度以上の方（原則として3歳以上） ② 18歳以上の下肢または体幹機能障害1級の方で常時介護を要する方
	特殊尿器★	下肢または体幹機能障害1級の方（常時介護を必要とする方で、原則として学齢児以上）
	入浴担架	下肢または体幹機能障害2級以上の方で、入浴にあたって家族等他人の介助を要する方（原則として学齢児以上）
	体位変換器★	下肢または体幹機能障害2級以上の方で、下着交換等にあたって家族等他人の介助を要する方（原則として学齢児以上）
	移動用リフト★	下肢または体幹機能障害2級以上の方（原則として3歳以上）
	訓練いす	18歳未満の方で、下肢または体幹機能障害2級以上の方（原則として3歳以上）
	訓練用ベッド	18歳未満の方で、下肢または体幹機能障害2級以上の方（原則として学齢児以上）
自立生活支援用具	入浴補助用具★	下肢または体幹機能障害の方で、入浴に介助を必要とする方（原則として3歳以上）
	便器★	下肢または体幹機能障害2級以上の方（原則として学齢児以上）
	頭部保護帽	① 平衡または下肢もしくは体幹機能障害の方で転倒の危険がある方 ② 重度以上の知的障害児・者の方で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する方
	歩行補助杖（T字状・棒状の杖）	平衡機能または下肢もしくは体幹機能に障害を有し、支えなしでの歩行が困難な方（原則として3歳以上）
	移動・移乗支援用具★	平衡または下肢もしくは体幹機能に障害を有する方で、家庭内の移動等において介助を必要とする方（原則として3歳以上）
	特殊便器★	上肢機能障害2級以上の方または知的障害が重度以上で、訓練を行っても自ら排便後の処理が困難な方（原則として学齢児以上）
	火災警報器	身体障害の2級以上または知的障害の重度以上の方で、火災発生の感知及び避難が著しく困難な方（障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）
	自動消火器	
	電磁調理器	18歳以上の視覚障害2級以上の方（盲人のみの世帯もしくはこれに準ずる世帯）または18歳以上の知的障害の重度以上の方
	歩行時間延長信号機用小型送信機	視覚障害2級以上の方（原則として学齢児以上）
	聴覚障害者用屋内信号装置	18歳以上の聴覚障害2級以上の方（聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯で日常生活に必要と認められる世帯）

在宅療養等支援用具	透析液加湿器	じん臓機能障害 3 級以上で自己連続携行式腹膜灌流式 (CAPD) による透析療法を行う方 (原則として 3 歳以上)	
	ネブライザー	① 呼吸機能障害 3 級以上の方 ② 上肢・下肢・体幹機能障害 2 級以上または喉頭摘出による音声機能障害を有する方で、医師の意見書により常時必要と認められる方 (原則として学齢児以上)	
	電気式たん吸引器		
	酸素ボンベ運搬車	1 8 歳以上の医療保険における在宅酸素療法を行う方	
	盲人用体温計 (音声式)	視覚障害 2 級以上の方 (原則として学齢児以上で、盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯)	
	盲人用体重計	1 8 歳以上の視覚障害 2 級以上の方 (盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯)	
	人工鼻	音声機能障害がある方で、無咽頭の方	
情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	音声もしくは言語機能障害または肢体不自由の方で、発声・発語に著しい障がいがある方 (原則として学齢児以上)	
	情報通信支援用具	上肢機能障害 2 級以上であって文字を書くことが困難な方、または視覚障害 2 級以上であって、情報取得手段として音声による読み上げが必要な方	
	点字ディスプレイ	1 8 歳以上の視覚障害及び聴覚障害の重度重複障害者 (原則として視覚障害 2 級以上かつ聴覚障害 2 級) の方であって、必要と認められた方	
	点字器	標準型	1 8 歳以上で、主に情報の入手を点字によって行っている視覚障害の方
		携帯用	
	点字タイプライター	視覚障害 2 級以上の方 (本人が就労もしくは就学しているか、または就労が見込まれる方)	
	視覚障害者用ポータブルレコーダー	視覚障害 2 級以上の方 (原則として学齢児以上)	
	視覚障害者用活字文書読上げ装置		
	視覚障害者用拡大読書器	視覚障害の方で、本装置により文字等を読むことが可能になる方 (原則として学齢児以上)	
	盲人用時計	1 8 歳以上の視覚障害 2 級以上の方 (音声時計は、手指の触覚に障害がある等のため触読式時計の使用が困難な方を原則とする)	
	聴覚障害者用通信装置	聴覚障害者または発声・発語に著しい障がいがある方で、コミュニケーション・緊急連絡等の手段として必要と認められる方 (原則として学齢児以上)	
	聴覚障害者用情報受信装置	聴覚障害の方で、本装置によりテレビの視聴が可能になる方	
	人工喉頭	笛式	声帯を手術により切除し、音声での会話ができない音声機能に障がいがある方
電動式			
点字図書	主に、情報の入手を点字によって行っている視覚障害の方		

情報・意思疎通支援用具	福祉電話〈貸与〉	難聴者または外出困難な身体障害者（原則として2級以上）で、コミュニケーション・緊急連絡等の手段として必要性があると認められる方（電話等によるコミュニケーションなどが困難な障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）
	ファックス〈貸与〉	聴覚または音声機能もしくは言語機能障害3級以上であって、コミュニケーション・緊急連絡等の手段として必要性があると認められる方（電話等によるコミュニケーションなどが困難な障がい者のみの世帯及びこれに準ずる世帯）
	視覚障害者用ワードプロセッサ〈共同利用〉	視覚障害者（原則として学齢時以上の方）
排泄管理支援用具	ストマ用装具（消化器系）	直腸の機能障害により人工肛門のある方
	ストマ用装具（泌尿器系）	ぼうこうの機能障害により人工ぼうこうのある方
	ストマ用装具（紙おむつ）	脳性麻痺等による脳原性運動機能障害又は、脳性麻痺により肢体に不自由のある方
	収尿器	肢体に不自由がある方で、寝たきりの状態などにより一人で排尿のできない方
住宅改修費	居室生活動作補助用具★	下肢、体幹機能障害または乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）を有する方であって、障害等級3級以上の方（ただし、特殊便器への取り替えをする場合は、上肢障害2級以上の方）

★の付いている種目は、介護保険制度が優先されます。

■ お問い合わせ先 浜上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

その他用具助成事業

難聴児補聴器購入費助成事業

身体障害者手帳の交付対象とならない程度の18歳未満の難聴の方に対し、補聴器の購入や修理費用の一部を助成します。

- ※ 保護者の属する住民基本台帳上の世帯の中に、市民税所得割の額が46万円以上の方がいる場合は給付の対象になりません。
- ※ 生活保護を受給されている方は生活保護法での対応となります。
- ※ 購入前に申請していただく必要があります。

■ 必要書類

- ・申請書
 - ・補聴器交付意見書
 - ・見積書
 - ・商品のカタログ等
- ◎申請書、意見書様式は社会福祉課にあります。

■ 助成額

購入・修理費の概ね2/3。ただし、国で定める基準額を上限とします。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

人工内耳用専用電池購入費助成事業

聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けている人工内耳を装着されている方に対し、充電池・乾電池の購入費用を助成します。

- ※ 本人または配偶者(18歳未満の場合は保護者が属する住民基本台帳上の世帯の者)のいずれかに、市民税所得割の額が46万円以上の方がいる場合は給付の対象になりません。
- ※ 購入後の助成になります。

■ 必要書類

- ・申請書
 - ・身体障害者手帳
 - ・領収書
 - ・人工内耳装着者カード等
- ◎申請書は社会福祉課にあります。

■ 助成額

購入に要した金額。ただし、次のとおり上限があります。

人工内耳用専用充電池	同一会計年度につき、17,600円
人工内耳用専用乾電池	月額 3,000円

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

公共料金などの割引制度等

JR 運賃の割引

■ 対象者の範囲

対象	割引対象乗車券類	割引率	備考
第1種障害者とその介護者	普通乗車券 回数乗車券 普通急行券	50%	
第1種障害者とその介護者又は 12歳未満の第2種障害者と その介護者	定期乗車券 (小児定期乗車券 を除く。)	50%	
第1種、第2種障害者が単独で ご利用になる場合	普通乗車券	50%	片道101km以上の場合のみ。

■ 手続き 乗車券購入の際、発売窓口で障害者手帳を掲示してください。

■ お問い合わせ先 各旅客鉄道窓口

バス運賃の割引

■ 本人及び介護者1人につき割引となる場合

- ・第1種身体障害者手帳または療育手帳Aをお持ちの方
- ・第2種身体障害者手帳または療育手帳Bをお持ちの12歳未満の方
- ・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

■ 本人のみ割引となる場合

- ・第2種身体障害者手帳または療育手帳Bをお持ちの12歳以上の方

※ バス乗車時または乗車券購入時に、お持ちの手帳を係員（運転手）に提示してください。

■ 割引率

- ・普通乗車券：50% ・定期券：30%

■ お問い合わせ先 各バス会社窓口

有料道路の割引

■ 対象者

① 障がい者本人自ら運転される場合

身体障害者手帳の交付を受けているすべての方が対象となります。

② 障がい者本人以外の方が運転され、障がい者本人が同乗される場合

第1種身体障害者手帳、または療育手帳Aの交付を受けている方が対象となります。

※療育手帳B、精神保健福祉手帳の交付を受けている方は対象となりません。

■ 対象自動車の所有者要件

※自動車検査証等の「所有者の氏名または名称」欄に記載されている事項をご覧ください。

① 障がい者本人自ら運転される場合

・本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等

② 障がい者本人以外の方が運転され、障がい者本人が同乗される場合

・本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等

・上記の方が自動車を所有していないときは、障がい者本人を日常に介護している方

■ 対象車種

・ 乗用自動車（乗車定員10人以下のもの）

・ 貨物自動車

（後部座席が設置され、乗車定員が4人以上10人以下で、最大積載量が500kg以下のもの）

・ 特殊用途自動車

（乗車定員が10人以下の「車いす移動車」、「身体障害者輸送車」または「キャンピング車」）

※いずれの場合も、障がい者一人につき一台限りの登録で、営業用の自動車は除きます。

■ 割引率 50%

※ 身体障害者手帳・療育手帳に記載された割引適用の証明を料金所で係員にみせてください。

※ ETCを利用して割引を受けることもできます。

■ 申請書類

【ETCをご利用にならない場合】

- ・ 身体障害者手帳
- ・ 自動車検査証又は軽自動車届出済証
- ・ 運転免許証

【ETCをご利用になる場合】

- ・ 身体障害者手帳
- ・ 自動車検査証又は軽自動車届出済証
- ・ 運転免許証
- ・ ETCカード（障害者本人名義のもの）
- ・ ETC車載器の管理番号が確認できるもの
（ETC車載器セットアップ申込書・証明書等）

■ お問い合わせ先

ネクスコ東日本お客さまセンター 電話：0570-024-024

鴻上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

NHK 放送受信料の減免

■ 免除基準

【 全額免除 】

① 身体障害者

身体障害者手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合。

② 知的障害者

知的障害者と判定された方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合。

③ 精神障害者

精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方がいる世帯で、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合。

*なお、事実上、他の世帯と同居しており、その世帯が市町村民税課税世帯である場合、免除基準が適用されないことがあります。

【 半額免除 】

① 身体障害者

i. 視覚・聴覚障害者

視覚または聴覚障害により、身体障害者手帳をお持ちの方が、世帯主である場合。

ii. 重度の身体障害者

身体障害者手帳をお持ちで、障害等級が重度（1級または2級）の方が、世帯主である場合。

② 知的障害者

重度の知的障害者と判定された方が、世帯主である場合。

③ 精神障害者

精神障害者保健福祉手帳をお持ちで、障害等級が重度（1級）の方が、世帯主である場合。

*ただし、上記に該当する世帯主が受信契約者の場合に限りです。

■ 必要書類

- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳（知的障害者と判定された方）
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・はんこ

※申請書は社会福祉課に備え付けてあります。

■ お問い合わせ先

NHK秋田放送局 電話：825－8171

潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853－5314

タクシー運賃の割引

■ 対象者

身体障害者手帳または療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方が対象となります。

乗車の際、手帳を提示してください。(秋田県ハイヤー協会加入のタクシーのみ)

※精神保健福祉手帳は、県内の一部タクシー事業者で割引適用できない場合があります。

乗車時にご確認ください。

■ 割引率

運賃の1割引

■ お問い合わせ先 各タクシー会社

重度障がい者タクシー券

潟上市では、重度の身体障害者、知的障害者、精神障害者及び難病患者の社会参加または通院等に使用するタクシーの初乗り運賃相当額（基本料金）をタクシー券として助成しています。

■ 対象者

- ・潟上市に住所がある方
- ・身体障害者手帳1級、2級の方。3級の方で下肢、体幹、視覚障害または人工透析を受けている腎臓機能障害に該当する方
- ・療育手帳Aの方
- ・精神障害者保健福祉手帳1級の方
- ・難病患者の方で上記と同程度の方

■ 必要書類

- ・身体障害者手帳または療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、難病の方は診断書等

※申請は社会福祉課または各出張所となりますが、重複発行を避けるため、出張所で申請した場合は後日の発行となります。

■ 助成方法

- ・タクシー利用1回につき利用券1枚で初乗り運賃相当額（基本料金）を助成します。利用券は1年間で10枚までとなります。

■ 利用可能なタクシー会社（令和7年4月1日現在）

- ・新昭和タクシー(株) ・(株)船川タクシー ・(株)みさき観光タクシー
- ・(資)三十五番タクシー ・(株)五城目タクシー ・湖東タクシー(有)
- ・第一タクシー(有) ・秋田観光バス(株) ・秋田合同タクシー ・あさひ自動車
- ・キングタクシー ・国際タクシー ・タクシーセンターあい ・秋田みなと交通
- ・宝タクシー ・秋田中央トランスポート ・勝平タクシー ・新秋田国際モータース
- ・高尾ハイヤー ・秋田県都交通 ・こまちタクシー ・浮田産業交通
- ・グッドラックエンタープライズ ・秋田市内個人タクシー ・(株)こぼと

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

航空旅客運賃の割引

国内航空会社の国内定期路線の運賃が割引されます。

■ 対象範囲

満12歳以上で身体障害者手帳または療育手帳、精神障害者保健福祉手帳（顔写真付き）の交付を受け、下記に該当する方が国内航空を利用する場合。（ただし、航空会社により適用開始期間が異なるので各航空会社へ確認を要する。）

対象	割引適用者	割引を受ける方法
身体障害者手帳	本人および介護者	手帳を航空券購入窓口に提示
療育手帳	(ただし、航空会社により適用開始期間が異なるので各航空会社へ確認を要する。)	
精神障害者保健福祉手帳 (顔写真付)		

■ 割引率

割引率は航空会社又は路線により異なりますので、各航空会社までお問い合わせください。

■ お問い合わせ先 各航空会社窓口へ

駐車禁止除外指定車標章の交付

各種障害者手帳を有している方が、現に自動車を使用している場合、住所地を管轄する警察署長に、駐車禁止除外指定車標章の交付申請を行うことで、道路標識等による駐車禁止の交通規制の対象から除外されます。詳細は最寄りの警察署にお問い合わせください。

- お問い合わせ先
- | | |
|---------|-------------|
| 秋田中央警察署 | 電話：835-1111 |
| 五城目警察署 | 電話：852-4100 |

駐車禁止除外指定車標章の交付

1. 介護料等の支給

自動車事故が原因で、重度の後遺障害が残り、介護等が必要な方に介護料を支給しています。

支給額（月額）は認定された種別ごとに

- ・特I種 85,310円～211,530円
- ・I種 72,990円～166,950円
- ・II種 36,500円～83,480円

2. 交通遺児等生活資金貸付

交通遺児等の方に育成資金を無利子で貸付します。

- お問い合わせ先
- | | |
|------------------|-----------------|
| 独立行政法人 自動車事故対策機構 | 秋田支所 |
| 秋田市八橋大畑二丁目12番53号 | 電話：018-863-5875 |

身体障害者用自動車改造費助成

身体に障がいがある方が自ら自動車を運転する場合、障がいに応じて自動車の運転装置や駆動装置などの一部を改造する改造費を助成します。

改造を行う前に申請していただく必要があります。

■ **対象者**・・・下記の要件すべてに該当する方が対象となります。

- (1) 上肢・下肢・体幹機能障害3級以上の身体障害者手帳を所持している方。
- (2) 就労等に伴い自らが所有し、自らが運転する自動車の走向装置及び駆動装置等の一部を改造することにより、社会参加が見込まれる方であること。

※ただし、本人や家族等の所得額により制限があります。

■ **必要書類**

- ・申請書（社会福祉課にあります。）
- ・身体障害者手帳
- ・改造を予定している自動車の自動車検査証の写し
- ・運転免許証
- ・改造諸経費の見積書（業者より添付）

■ **助成額**・・・100,000円を上限に、改造にかかった費用が助成額となります。

■ **お問い合わせ先** 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

障害者自動車運転免許取得費の助成

障がいのある方が普通自動車免許（※中型・大型自動車を除く）の取得に要した費用の一部を助成します。免許取得後、6ヶ月以内に申請していただく必要があります。

■ **対象者**・・・下記の要件すべてに該当する方が対象となります。

- (1) 肢体または聴覚機能障害4級以上の身体障害者手帳、もしくは療育手帳を所持している方。
- (2) 秋田県公安委員会等の指定を受けた自動車学校において自動車操作訓練を終了し、かつ免許証の交付を受けた方。
- (3) 免許取得により、就労や社会参加が見込まれる方。
- (4) 今までに自動車免許を取得したことのない方。

■ **必要書類**

- ・申請書及び教習実績書（社会福祉課にあります。）
- ・身体障害者手帳または療育手帳
- ・運転免許証

■ **お問い合わせ先** 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

税金の控除・免除等

所得税、市民税・県民税の控除 ※1

◎ 下表の控除額とは、税金の申告で、所得から差し引くことができる金額です。

種類	対象者	所得税控除額	市・県民税控除額
特別障害者控除	(1) 納税者本人が下記の場合など ① 身体障害者手帳1級～2級 ② 療育手帳A ③ 精神障害者福祉保健手帳1級 (2) 配偶者控除や扶養控除の対象となる方が ①・②・③の場合など (※2)	40万円 (障害者1人につき)	30万円 (障害者1人につき)
障害者控除	(3) 納税者本人が下記の場合など ④ 身体障害者手帳3級～6級 ⑤ 療育手帳B ⑥ 精神障害者福祉保健手帳2級～3級 (4) 配偶者控除や扶養控除の対象となる方が ④・⑤・⑥の場合など	27万円 (障害者1人につき)	26万円 (障害者1人につき)

※1：控除額は、令和7年4月1日現在のものです。今後変更されることがあります。

また、障がい者の所得が135万円以下の場合、市民税・県民税は非課税になります。

※2：(2)の方が、納税者やその配偶者などと同居を常況としている場合、配偶者控除・扶養控除として通常の控除額に、所得税では35万円、市・県民税では23万円が加算されます。

■ お問い合わせ先

- 『所得税』について・・・秋田北税務署 電話：845-1161
- 『市・県民税』について・・・潟上市税務課 電話：853-5308

贈与税・相続税の控除

障がいのある方が相続を受ける場合、障がいの程度・年齢に応じて控除されます。

詳細については、下記にお問い合わせください。

- お問い合わせ先 秋田北税務署 電話：845-1161

事業税の非課税

重度の視力障害のある方が行う、あんま・マッサージ・はり・きゅうなどの医業に類する事業に対する事業税が非課税になります。

- お問い合わせ先 秋田県総合県税事務所 課税第一課 電話：860-3338

自動車税（種別割）・自動車税（環境性能割）

障がいのある方が取得または所有する自動車については、自動車税（種別割）・自動車税（環境性能割）の減免が受けられます。ただし、軽自動車税（種別割）の減免を受けている方は除きます。

■ 減免を受けられる自動車

- ・本人運転・・・自らが運転する自動車
- ・家族運転・・・専ら障がいのある方の通学・通院・通所・生業等のために、生計を同一にする方が運転する自動車
- ・介護者運転・・・専ら障がいのある方（障がいのある方のみで構成される世帯の方に限ります）の通学・通院・通所・生業等のために、常時介護する方が運転する自動車

- ※ 減免を受けることができる自動車は、4月1日現在で身体障がい者本人が所有しているもの、または、4月1日以降身体障がい者本人が新規登録で取得するものに限り、ただし、身体障がい者が18歳未満の場合や知的障がい者・精神障がい者については、家族の方の名義でも減免を受けることができます。（1人の障がい者につき自動車は1台に限り、ます。）
- ※ 本人運転以外の場合、「生計同一（常時介護）証明書」が必要になります。
- ※ 自動車の減免申請の受付期間は、4月1日から自動車税（種別割）の納付期限までです。また、新たに自動車を取得する際に、申請書の提出と減免申請を行ってください。（証明書等が必要になる場合がありますので、事前にご確認ください。）

【生計同一証明書・常時介護証明書発行場所】

対象者	発行場所
身体障害者手帳の交付を受けている方で潟上市在住の方	社会福祉課 Tel：853－5314
療育手帳の交付を受けている方で潟上市在住の方	
精神障害者手帳の交付を受けている方で潟上市在住の方	

■ 必要書類

□ 「自動車税（種別割）・自動車税（環境性能割）」の減免申請

秋田県総合県税事務所 課税第四課 TEL：860-3339

(秋田地方総合庁舎1階4番窓口)

- ・ 障害者手帳
- ・ 運転する方の運転免許証
- ・ 生計同一証明書（※家族の方が運転する場合）
- ・ 常時介護証明書（※常時介護する方が運転する場合）
- ・ 自動車検査証

□ 「生計同一（常時介護）証明書」の申請 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 TEL：853-5314

- ・ 障害者手帳
- ・ 運転する方の運転免許証
- ・ 自動車検査証
- ・ 通院・通学証明書等（常時介護の場合）

■ 減免の対象となる方（4月1日現在、障害者手帳のある方）

障害の区分		運転の区分		備 考	
		本人運転	家族運転 介護者運転		
視 覚 障 害		1 級～4 級		※1 2 級の場合、一上肢のみの運動機能障害を除く	
聴 覚 障 害		2 級・3 級			
平 衡 機 能 障 害		3 級			
喉頭摘出による音声機能障害		3 級	——		
上 肢 不 自 由		1 級・2 級			
下 肢 不 自 由		1 級～6 級	1 級～3 級		
体 幹 不 自 由		1 級～3 級・5 級	1 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害	上肢機能	1 級・2 級 ※1			
	移動機能	1 級～6 級	1 級～3 級 ※2		
心 臓 機 能 障 害		1 級・3 級			※2 3 級の場合、一下肢のみの運動機能障害を除く
じ ん 臓 機 能 障 害					
呼 吸 器 機 能 障 害					
ぼうこう・直腸の機能障害		1 級・3 級・4 級	1 級・3 級		
小 腸 の 機 能 障 害		1 級・3 級			
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		1 級～3 級			
肝 臓 機 能 障 害		1 級～3 級			
知 的 障 害		療育手帳A			
精 神 障 害		精神障害者保健 福祉手帳の1 級			

■ お問い合わせ先

□ 『自動車税（種別割）・自動車税（環境性能割）』

秋田県総合県税事務所 課税第四課 電話：860-3339

□ 『生計同一（常時介護）証明書』

潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

軽自動車税（種別割）

障がいのある方が取得または所有する軽自動車については、軽自動車税（種別割）・軽自動車税（環境性能割）の減免が受けられます。

ただし、自動車税（種別割）・自動車税（環境性能割）の減免を受けている方は除きます。

■ 減免を受けられる軽自動車

- (1) 4月1日現在、障がいのある方が所有し、運転するもの
- (2) 4月1日現在、障がいのある方が所有し、専らその通学、通院のために生計が同じ方が運転するもの
 - ※ 対象となる「障がいのある方が所有する」車とは、「障がい者本人が納税義務者」である車をいいます。
 - リース会社が納税義務者となっている車は対象になりません。
 - ローンの分割払いなどのため、所有者が金融機関等になっていても、納税通知書が本人宛てに送られるものは対象になります。
 - ※ ただし、身体障がい者が18歳未満の場合や知的障がい者・精神障がい者については、生計を共にしている方の名義でも減免を受けることができます。
 - ※ 減免の対象は、普通自動車・軽自動車などすべての車種を通じて一人1台に限ります。自動車税（種別割）の減免を受けている場合は、同時に軽自動車種別割の減免を受けることはできません。
 - ※ 年度途中で、軽自動車を普通自動車に買い替えた場合も、その年度に既に軽自動車税（種別割）の減免を受けているときは、自動車税（種別割）の減免は受けることはできませんので、ご注意ください。
- (3) 障がいのある方のみで構成される世帯の方が所有し、専らその通学、通院のために常時介護する方が運転するもの
- (4) 車検証の「車体の形状」欄に「車いす移送車」などの記載があるもの

■ 必要書類

- ① 減免申請書
(潟上市税務課にあります。また、申請書はインターネットの潟上市ホームページからもダウンロードすることができます。)
- ② 障害者手帳
- ③ 運転する方の運転免許証
- ④ 自動車検査証
- ⑤ 軽自動車税（種別割）納税通知書
- ⑥ 常時介護証明書（別居の家族が運転する場合のみ）

- ※ 軽自動車税（種別割）の減免の場合、生計同一証明書は必要ありません。
- ※ 前年度も減免を受けており、減免を受けている車や障害者手帳、運転免許証に変更がない場合は、上記の②③④の添付は必要ありません。
- ※ 減免申請書は、納期限（5月末日・休日の場合は翌日）までに提出してください。
- ※ 減免申請は、毎年手続きが必要です。減免を受ける場合は、5月に納税通知書が届いたら、すぐに申請の手続きをしてください。

■ 減免の対象となる方（4月1日現在、障害者手帳のある方）

障 害 の 区 分	運転の区分		備 考
	本人運転	家族・介護者運転	
視 覚 障 害	1級～3級・4級の1		※1 2級の場合、一上肢のみに運動機能障害がある者を除く ※2 3級の場合、一下肢のみに運動機能障害がある者を除く
聴 覚 障 害	2級・3級		
平 衡 機 能 障 害	3級		
喉頭摘出による音声機能障害	3級	——	
上 肢 不 自 由	1級・2級の1・2級の2		
下 肢 不 自 由	1級～6級	1級～3級の1	
体 幹 不 自 由	1級～3級・5級	1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害	上肢機能	1級・2級 ※1	
	移動機能	1級～6級	
心 臓 機 能 障 害	1級・3級		
じ ん 臓 機 能 障 害			
呼 吸 器 機 能 障 害			
ぼうこう・直腸の機能障害	1級・3級・4級	1級・3級	
小 腸 の 機 能 障 害	1級・3級		
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	1級～3級		
肝 臓 機 能 障 害	1級～3級		
知 的 障 害	療育手帳A		
精 神 障 害	精神障害者保健 福祉手帳の1級		

■ お問い合わせ先 潟上市税務課 電話：853-5308

各種手当等

特別障害者手当

■ 対象者

在宅で、20歳以上の身体障害者手帳おおむね1～2級程度の障がい重複しており、日常生活において常時特別な介護を必要とする方

- ※ 身体障害者手帳を所持していなくても、同程度の障がいがある方は対象となります。
- ※ 施設に入所している方や、病院や診療所などに3ヶ月以上継続して入院している方、本人や扶養義務者の前年の所得が限度額を超えている方は対象になりません。

■ 手当額 月額：29,590円（令和7年4月1日額改定）

- ※ 年4回（2月、5月、8月、11月）にそれぞれの前3ヶ月分が支給されます。

■ 必要書類

- ・認定請求書
- ・特別障害者手当用の診断書
- ・手帳（お持ちの方）
- ・所得状況届
- ・障がい者本人の銀行通帳
- ・年金を受給している場合、年金振込通知書など
- ・個人番号カード（本人、配偶者、扶養義務者分）

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

障害児福祉手当

■ 対象者

在宅で、20歳未満の身体障害者手帳おおむね1級か療育手帳A程度の障がいがあり、日常生活において常時介護を必要とする方

- ※ 身体障害者手帳を所持していなくても、同程度の障がいがある方は対象となります。
- ※ 施設に入所している方や、本人または扶養義務者の前年の所得が限度額を超えている方は対象になりません。

■ 手当額 月額：16,100円（令和7年4月1日額改定）

- ※ 年4回（2月、5月、8月、11月）にそれぞれの前3ヶ月分が支給されます。

■ 必要書類

- ・認定請求書
- ・障害児福祉手当用の診断書
- ・手帳（お持ちの方）
- ・所得状況届
- ・障がい児本人の銀行通帳
- ・個人番号カード（本人、扶養義務者分）

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

特別児童扶養手当

■ 対象者

身体か精神に中程度以上の障がいがある20歳未満の子どもを扶養している父や母、または父母に代わって養育している方。

- ※ 対象児童が身体障害者手帳や療育手帳を所持していなくても、同程度の障がいがある方は対象となります。
- ※ 対象児童が施設に入所している方は対象になりません。
- ※ 受給資格者または扶養義務者の前年の所得が限度額を超えている場合はその年の8月から翌年の7月までの手当が支給されません。

■ 手当額

- ・ 1級（重度障害児）…………… 月額：56,800円
 - ・ 2級（中度障害児）…………… 月額：37,830円
- ※4月、8月、11月の年3回振り込まれます。
(令和7年4月1日)

■ 必要書類

- ・ 請求者と対象児童の戸籍謄本 ※取得後1ヶ月以内のもの
- ・ 住民票謄本 ※請求者及び児童・世帯分離している市外の世帯がある場合は、その世帯分（取得後1ヶ月以内のもの）
- ・ 診断書（所定の様式、診断日から2ヶ月以内のもの）
- ・ 振込先口座申出書（金融機関での証明が必要となります。）
- ・ 個人番号（マイナンバー）カード ※請求者、配偶者、扶養義務者、対象となる児童のもの

※認定請求前（概ね6ヶ月以内）に療育手帳Aの判定を受けた場合は診断書に代えることができる場合があります。

■ 対象となる児童の障害等級（法令で定める程度の障がいの状態）

- 【1級】
1. 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの
 2. 視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
 3. ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼のI/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつI/2視標による両眼中心視野角度が28度以下のもの
 4. 自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの
 5. 内耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
 6. 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
 7. 両上肢のすべての指を欠くもの
 8. 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
 9. 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
 10. 両下肢を足関節以上で欠くもの
 11. 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
 12. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
 13. 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
 14. 身体の機能の障害若しくは症状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

- 【2級】
1. 視力の良い方の眼の視力が0・07以下のもの
 2. 視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
 3. ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼のI/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつI/2視標による両眼中心視野角度が56度以下のもの
 4. 求心性視野狭窄又は輪状暗点があるものについて、I/2の視標で両眼の視野がそれぞれ5度以内におさまるもの
 5. 自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの
 6. 内耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
 7. 平衡機能に著しい障害を有するもの
 8. 咀嚼（そしゃく）の機能を欠くもの
 9. 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
 10. 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
 11. 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
 12. 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
 13. 一上肢のすべての指を欠くもの
 14. 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
 15. 両下肢のすべての指を欠くもの
 16. 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
 17. 一下肢を足関節以上で欠くもの
 18. 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
 19. 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の
 20. 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
 21. 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 電話：853-5314

重度身体障害者通院費補助金

潟上市では、人工透析（血液透析）を受けている方に通院加療に伴う負担の軽減を図るため、交通費の一部を補助しています。

以下に掲げる条件にすべて該当する方が対象となります。

■ 対象者

- ① 潟上市在住で、前年分の世帯全員の所得税合算額（1月から6月までの間は前々年分）が12万円以下の方
- ② 障がい名にじん臓機能障害1級と記載された身体障害者手帳の交付を受けている方
- ③ 人工透析（血液透析）の通院加療を月8回以上受けている方
- ④ 自分で、または家族などの送迎により通院加療を受けている方
（無料送迎サービスを利用している方は対象になりません。）

■ 支給金額

月：5,000円

（4月～7月分は8月、8月～11月分は12月、12月～3月分は4月に支給されます。）

■ 必要書類

- ・通院費補助金交付申請書（あらかじめ通院先から証明を受ける必要があります）
 - ・身体障害者手帳（障がい名に、じん臓機能障害1級の記載があるもの）
 - ・補助金を振込むための通帳
- ◎ 申請書類は社会福祉課にあります。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

作業所等の通所・通学者交通費補助金

潟上市では、障がい者・児の社会復帰の促進を図るため、作業所等に通所・通学する方に対し、交通費を補助しています。

■ 対象者

潟上市に居住し、住民基本台帳に基づき住民登録をしており、かつ作業所等に通所・通学し、以下に掲げる項目のいずれかに該当する方が補助の対象となります。

- (1) 身体障害者手帳1級、2級の方
- (2) 療育手帳A、Bの方
- (3) 精神障害者保健福祉手帳を所持している方
- (4) 精神障害を事由に年金を現に受けている方
- (5) 精神障害を事由に特別障害給付金を現に受けている方
- (6) 自立支援医療受給者証の交付を受けている方
- (7) 医師の診断書により精神障害者と確認できる方

※障害福祉サービス受給者は対象になりません。

■ 補助額

対象となる方が、作業所等への通学、通所に要する経費の半額

※ 上限月額が5,000円となっています。

※ 支給方法は、原則として申請者の口座へ振り込みとなります。

■ 各種申請手続と必要書類

項 目	手続に必要なもの
1. 交通費補助金交付申請	・ 交通費補助金交付申請書 ・ 通所、通学事実証明書 ※補助金交付の該当事由により、手続に必要なものが異なりますので、お問い合わせください。
2. 交通費補助交付申請変更（喪失）届 （住所又は氏名が変更したとき） （交通機関が変更したとき） （交通費が改正したとき） （対象者が死亡したとき）	・ 交通費補助金交付申請変更（喪失）届 ※補助金交付の該当事由により、手続に必要なものが異なりますので、お問い合わせください。

◎ 補助金の交付の可否は補助金交付決定通知書により、申請者に通知されます。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

障害福祉サービス

障害者総合支援法によるサービスのしくみ

障害者総合支援法により、障がい者や難病を有する方が、地域で自立した生活が送られるよう支援します。

障害福祉サービス

■ 介護給付

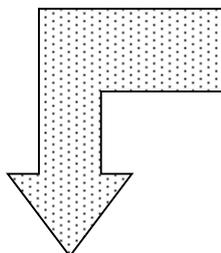
障がいの程度が一定以上の人に、生活上または療養上の必要な介護を行います。

- 療養介護
- 居宅介護（ホームヘルプ）
- 重度訪問介護
- 同行援護
- 行動援護
- 生活介護
- 短期入所（ショートステイ）
- 重度障害者等包括支援
- 共同生活援助（グループホーム）
- 施設入所支援

■ 訓練等給付

身体的または社会的なリハビリテーションや就労につながる支援を行います。

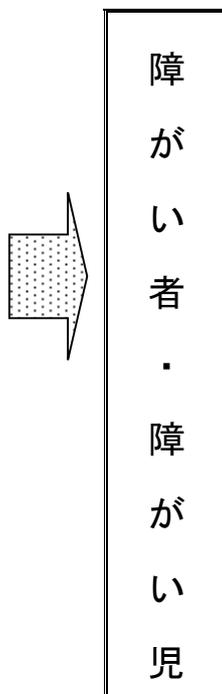
- 自立訓練
- 就労移行支援
- 就労継続支援
- 共同生活援助（グループホーム）



■ 自立支援医療

障害の種別ごとに、更生医療・育成医療・精神通院医療の3つの医療制度があります。

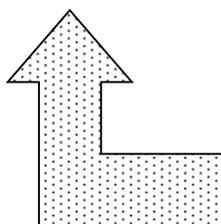
※4ページ参照



■ 補装具費の支給

補装具の購入等にかかる費用の原則1割を自己負担、9割を市区町村が負担します。
※所得に応じた自己負担の上限額が設定されています。

※8ページ参照



■ 地域生活支援事業

市区町村が障がい者を総合的に支援する体制をつくり、さまざまな事業を行います。

- 相談支援事業
- 意思疎通支援事業
- 移動支援事業
- 地域活動支援センター
- 日中一時支援事業
- 訪問入浴サービス事業
- 日常生活用具の給付

※10ページ参照

障害福祉サービスの内容

障害福祉サービスには、在宅で訪問を受けたり（在宅系サービス）、通所などを利用するサービス（日中活動サービス）と、入所施設で行うサービス（居住系サービス）があります。

介護の支援を受ける場合には「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合には「訓練等給付」に分けられます。

■ 訪問系サービス・・・在宅で訪問を受けたり、通所などで利用するサービスです。

種 類	サービスの名称	内 容
介護給付	居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で入浴や排せつ、食事などの介助をします。
	重度訪問介護	重度の障がいがあり常に介護が必要な人に、自宅で入浴や排せつ・食事などの介助や外出時の移動の補助をします。
	行動援護	知的障がいや精神障がいにより行動が困難で常に介護が必要な方に、行動するとき必要な介助や外出時の移動の補助などをします。
	同行援護	視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供、移動の援護等の外出支援をします。
	重度障害者等包括支援	常に介護が必要な人のなかでも介護が必要な程度が非常に高いと認められた人には、居宅介護などの障害福祉サービスを包括的に提供します。

■ 日中活動・・・施設等で昼間の活動を支援するサービスを行います。

種 類	サービスの名称	内 容
介護給付	短期入所（ショートステイ）	家で介護を行う人が病気などの場合、短期間施設へ入所できます。
	療養介護	医療の必要な障がい者で常に介護が必要な方に、医療機関で機能訓練や療養上の管理・看護・介護や世話をします。
	生活介護	常に介護が必要な人に、施設で入浴や排せつ、食事の介護や創作的活動などの機会を提供します。
訓練等給付	自立訓練	自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定の期間における身体機能や生活能力向上のために必要な訓練をします。
	就労移行支援	就労を希望する人に、一定の期間における生産活動やその他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練をします。
	就労継続支援	通常の事業所で働くことが困難な方に、就労の機会の提供や生産活動その他の活動の機会の提供、知識や能力の向上のための訓練をします。

■ 居住系サービス・・・施設へ入所し、住まいの場として利用するサービスです。

種 類	サービスの名称	内 容
介護給付	施設入所支援	施設に入所する方に、入浴や排せつ、食事の介護などが受けられます。
訓練等給付	共同生活援助（グループホーム）	地域で共同生活を営む方に、住居において相談や日常生活上の援助をします。

障害福祉サービスの利用のしかた

障害福祉サービスの申請は、お住まいの市区町村に行います。

障害者支援施設などに入所している方は、入所前に住んでいた市区町村に申請します。

① 相談・情報収集

居宅介護や施設などの利用を希望される場合は、社会福祉課にご相談ください。

② 利用申請（お手続きには個人番号をご用意ください）

具体的な利用希望のサービスが決まったら社会福祉課にサービス利用の申請をしていただきます。

③ 80項目の認定調査

心身の状況などについて調査を行います。

④ 障害支援区分※1の認定

③で行った調査と医師の意見書に基づいて、市区町村で行われる審査会において、審査・判定が行われ、どの位サービスが必要な状態か（障害支援区分）が決められます。

※1：障害支援区分

障がい者に対する支援の度合いを表す6段階の区分（区分1～6：区分6の方が支援度が高い）です。訓練等給付は④の障害支援区分を行わず、⑤の支給決定にすすみます。

⑤ 支給決定

障害支援区分、介護を行う者の状況、サービスの利用意向を踏まえて、障害福祉サービスの内容・支給期間を決定し、受給者証※2が交付されます。

※2：受給者証

サービスの支給が決まると交付され、サービスの利用に必要な情報が記載されています。

⑥ 指定事業者・施設への申し込み

選んだ事業者や施設に受給者証を提示して利用を申し込んでいただき、契約を行います。事業者や施設が分からないときは、社会福祉課にご相談ください。

⑦ サービス利用

契約に基づいて、サービスを利用します。

⑧ 利用者負担額の支払い

指定事業者・施設にサービスの利用に要する費用のうち、利用者負担額を支払います。

障害福祉サービスを利用した際にかかる費用について

障害福祉サービスの利用者負担額は原則1割負担となりますが、所得に応じて負担上限額が決められています。

また、サービス利用に伴う食費・光熱費等利用者の負担となりますが、所得に応じて軽減策が講じられています。

■ サービスにかかる費用

原則、費用の1割が利用者負担額となります。

利用者負担 (1 割)	公 費 負 担 (9 割)
------------------	--------------------

■ 利用者負担額の上限

- 所得に応じて下記の区分に分けられ、各々に負担の上限額が決められています。
- 利用者負担には、軽減措置があります。

区 分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般 1	市民税課税世帯 ■障がい者（20歳以上の施設等入所者を除く） →所得割16万円未満の方 ■障がい児 →所得割28万円未満の方	【施設入所者以外】 障がい者：9,300円 障がい児：4,600円 【20歳未満の施設等入所者】 9,300円
一般 2	市民税課税世帯（一般1に該当する方を除く）	37,200円

※ 所得を判断する際の世帯の範囲は次のとおりです

種別	世帯の範囲
18歳以上の障がい者 (施設に入所する18、19歳を除く)	障がいのある方とその配偶者
障がい児 (施設に入所する18、19歳を含む)	保護者の属する住民基本台帳での世帯

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

児童福祉法による障害児を対象としたサービス

身体や知的、精神に障がいのある児童が児童発達支援センターや児童発達支援事業所への通所により療育や訓練等のサービスを受けることができます。

障害児通所支援	児童発達支援	身体や知的、又は精神に障がいのある児童が、日常生活における基本動作の指導、自活に必要な知識や技能の付与又は集団生活への適応のため訓練等その他必要な支援を行います。 療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる未就学の障がいのある児童が対象です。
	放課後等デイサービス	学校就学中の障がいのある児童に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練等を継続的に提供します。 学校教育と相まって自立を促進するとともに、放課後等の居場所づくりを推進します。
	保育所等訪問支援	保育所等を利用中の障がいのある児童や、今後利用する予定の障がいのある児童に対して、訪問により保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を提供し、保育所等の安定した利用を促進します。

※児童福祉法の障害福祉サービスは、上記のような通所利用に限ります。在宅サービスを希望される場合は、障害者総合支援法の手続き（P34～）となります。

※サービスにかかる費用や利用者負担額等に関しては、障害者総合支援法と同様です。（P35参考）

※障害福祉サービスの利用負担がある方で、同じ世帯に障害福祉サービス等を利用している方が複数いる場合など、世帯における利用者負担額の合計が、一定の基準額を超えた場合に、「高額障害福祉サービス等給付」という制度があります。詳しくは社会福祉課までお問い合わせください。

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

地域生活支援事業

障がい者が地域において自立した生活を送ることができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じて市町村が柔軟に対応する事業です。

相談支援事業※1	障がい児・者とその保護者・介護者からの相談に応じ、必要な情報の提供や助言を行うとともに、関係機関との連絡調整や権利擁護のための支援を行います。 潟上市に居住地支援を必要とする障がいのある方やその家族が対象です。市では下記の事業所に委託しています。
意思疎通支援事業	聴覚障がい者に手話通訳者や要約筆記者を派遣します。
移動支援事業	屋外での移動が困難な障がい者に対して、社会生活上必要不可欠な外出や余暇活動などの社会参加のための外出の際に支援します。 (65歳以上の方は介護保険法が優先されます)
地域活動支援センター※2	障がいのある人の日中の活動の場として、創作的活動または生産活動の機会の提供、社会との交流促進等を図ります。 潟上市では下記の事業所に委託しています。
日中一時支援事業	障がい者等の日中における活動の場を確保し、家族の就労支援および介護している家族が一時的に休息をとれるよう支援します。
訪問入浴サービス事業	在宅の重度身体障がい者に対し、自宅に訪問して入浴サービスを提供します。 (65歳以上の方は介護保険法が優先されます)
日常生活用具等給付事業	重度の障がい者に補装具以外の機器で、自立した日常生活を支援する用具の給付や貸し出しを行います。 ※10ページ参照

※1 委託相談支援事業所

身体・知的障がい	ほほえみ相談支援事業所（潟上市社会福祉協議会）	電話854-8222
精神障がい	指定相談支援事業所クローバー（秋田市）	電話846-5328
知的障がい	指定相談支援事業所南秋つくし苑（八郎潟町）	電話875-2115
知的障がい	大日寮指定相談支援事業所（三種町）	電話0185-83-3478

※2 委託地域生活支援センター

クローバー（秋田市、医療法人）、あゆみ作業所（男鹿市、NPO法人）
うちのあかり（秋田市、NPO法人）、花輪ふくし会（鹿角市、社会福祉法人、市出身者の利用のみ）

■ お問い合わせ先 潟上市社会福祉課 障がい福祉班 電話：853-5314

