

## <障がいに関する各種制度・事業>

### 税制上の優遇措置について

事 項	内 容	申 請 窓 口
所得税	本人が障がい者の場合や、同一生計配偶者または扶養親族が障がい者のとき、同一生計配偶者または扶養親族が障害者で、本人、その配偶者または本人と生計を一にする親族のいずれかとの同居を常況としているときは、障害者控除が所得金額から差し引かれます。	市税務課 ☎：31-0609  税務署 ☎：22-0444
相続税	相続人が障がい者であるときは、障害者控除が相続税額から差し引かれます。	
心身障害者扶養共済制度に基づく給付金の非課税	地方公共団体が条例によって実施する心身障害者扶養共済制度に基づいて支給される給付金（脱退一時金を除きます。）については、所得税はかかりません。この給付金を受ける権利を相続や贈与によって取得したときも、相続税や贈与税はかかりません。	
特定障害者に対する贈与税の非課税	特定障害者の方の生活費などに充てるために、一定の信託契約に基づいて特定障害者の方を受益者とする財産の信託があったときは、その信託受益権の価額のうち、特別障害者である特定障害者の方については6,000万円まで、特別障害者以外の特定障害者の方については3,000万円まで贈与税がかかりません。この非課税の適用を受けるためには、財産を信託する際に「障害者非課税信託申告書」を、信託会社を通じて所轄税務署長に提出しなければなりません。	
住民税	本人が障がい者の場合、同一生計配偶者または扶養親族が障がい者のとき、同一生計配偶者または扶養親族が障害者で、本人、その配偶者または本人と生計を一にする親族のいずれかとの同居を常況としているときは、障害者控除が所得金額から差し引かれます。	市税務課 ☎：31-0609
少額貯蓄の利子等の非課税	身体障害者手帳等の交付を受けている方、遺族基礎年金・寡婦年金などを受けている方（妻）および児童扶養手当を受けている方（児童の母）が受け取る一定の預貯金等の利子等については、一定の手続を要件に非課税の適用を受けることができます。 ※マル優、特別マル優を利用するには、最初に預け入れ等をする日までに、金融機関の窓口などに関係書類を提示して確認を受ける必要があります。	各金融機関

《上記記載内容について》 国税庁のホームページから一部抜粋して掲載しています。

※詳しくは、各申請窓口へお問合せください。

※ストマ用装具は医療費控除の対象です。詳しくは税務署へお問合せください。

**自動車税種別割・自動車税（軽自動車税）環境性能割の減免**

<b>対象者</b> <small>※右記の手帳を所持される方</small>	身体障害者手帳	障がい区分	本人運転	同一生計者運転	
		視覚障がい	1～3級、4級の1		
		聴覚障がい	2級、3級		
		平衡機能障がい	3級		
		音声機能障がい	喉頭摘出3級	該当なし	
		上肢不自由	1級、2級		
		下肢不自由	1～6級	1～3級	
		体幹機能障がい	1～3級、5級	1～3級	
		上肢運動機能障がい	1級、2級（上肢のみは除く）		
		移動運動機能障がい	1～6級	1～3級 （下肢のみは除く）	
		心臓機能障がい	1～4級		
		じん臓機能障がい	1～4級		
		呼吸器機能障がい	1～4級		
		ぼうこう・直腸機能障がい	1～4級		
		小腸機能障がい	1～4級		
		肝臓機能障がい	1～4級		
		免疫機能障がい	1～3級		
	療育手帳	A判定			
	精神障害者手帳	1級			
<b>事業内容</b>	自動車税種別割や自動車税（軽自動車税）環境性能割の減免を行うもの				
<b>申請手順（窓口）</b>	減免申請書等を関係機関に提出する。 ※自動車税種別割 西部県民センター 益田事務所 ☎：31-9516 ※自動車税環境性能割 東部県民センター 自動車税管理課 ☎：0852-37-0341 ※軽自動車税種別割 市役所税務課 ☎：31-0609 Fax：23-3929  減免を受けようとする自動車の登録時期やその税金の課税時期などにより、申請期限が異なります。関係機関にお問合せください。				

交通費割引一覧

	第1種 身体障がい者	知的障がい者 (A)	第2種 身体障がい者	知的障がい者 (B)	精神障がい者
旅客鉄道 (JR) 株式会社 運賃	<b>【割引対象】</b> 普通乗車券・定期乗車券 回数乗車券・急行券 <b>【割引率】</b> 50%割引（介護者含む） <b>【注意点】</b> ・一人で乗車するときは、片道の営業キロが100kmを超える場合に割引		<b>【割引対象】</b> 普通乗車券・定期乗車券 <b>【割引率】</b> 50%割引 <b>【注意点】</b> ・片道の営業キロが100kmを超える場合に割引 ・定期乗車券については、対象者12歳未満で介護者同伴の場合に割引		割引制度なし
バス・ 旅客船等 運賃	<b>【県内適用会社】</b> 一畑バス・松江市営バス・石見交通・日の丸自動車・町村営バス・ 隠岐海士バス・中国JRバス・一畑電鉄・隠岐汽船			<b>【県内適用会社】</b> 一畑バス・松江市 営バス・石見交通 （夜行高速バスを除く）・ 日の丸自動車	
	<b>【割引対象】</b> 運賃（本人と介護者） <b>【割引率】</b> 50%		<b>【割引対象】</b> 運賃（本人のみ） <b>【割引率】</b> 50%		<b>【割引対象】</b> 運賃（本人のみ） <b>【割引率】</b> 50%
航空運賃	対象者、割引等については、各航空会社へお問合せください。				
タクシー	<b>【割引率】</b> 10%（10円未満切捨て）				各タクシー事業者へお問合せください
益田市 乗合 タクシー	<b>【割引率】</b> 50% <b>【申請窓口】</b> 市連携のまちづくり推進課 ☎：31-0600 <b>【注意点】</b> 利用するためには、窓口へ申請し、割引証の交付を受ける必要があります。				

## 有料道路の通行料金割引

<b>対象者</b>	障がい者を有する方ご本人が運転される場合	身体障害者手帳を所持するすべての方が対象となります。
	障がい者を有する方以外が運転され、ご本人が同乗される場合	身体障害者手帳第 1 種障がい者を有する方、療育手帳 A 判定を有する方が対象となります。
<b>事業内容</b>	高速道路など有料道路の通行料金の割引(所定の料金の 50%)	
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     ※ETC システム利用限定で、オンライン申請が可能です。                      詳しくは、申請受付サイトをご確認ください。                      → <a href="https://www.expressway-discount.jp/">https://www.expressway-discount.jp/</a> </div>	
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。(要：車検証、各障がい者手帳) ②有効期限を記載したシールを、手帳に貼付する。 ③有料道路利用の際、料金所で手帳を提示して割引を受ける。	
<b>備考</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ETC システムをご利用の方は、別途手続きが必要です。※オンライン申請可</li> <li>・ETC を無線通行 (ノンストップ走行) でご利用になる場合は、車両登録が必要となります。(必要なもの：車検証、障がい者本人名義の ETC カード、ETC 車載器の管理番号)</li> <li>・車両、ETC カードおよび ETC 車載器を変更したときは変更届が必要です。</li> <li>・ETC システム利用の有無に関わらず、有効期限の 2 カ月前から更新申請を受付けます。更新を希望される場合は、お手続きください。なお、市から更新のご案内は行っておりませんので、ご承知おきください。</li> </ul> ※ETC 割引に関するお問合せ：有料道路 ETC 割引登録係 ☎ : 045-477-1233	



## タクシー券等助成事業

<b>対象者</b>	市内在住の在宅者で、次のいずれかに該当される方 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">                     身体障害者手帳を所持する方で右記の障がい有する方                       特別障害者手当受給者                 </td> <td style="width: 55%;">                     ○下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいの1、2級                      ○上肢障がいの1、2級で、下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいを重複して有する方                 </td> </tr> </table>			身体障害者手帳を所持する方で右記の障がい有する方  特別障害者手当受給者	○下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいの1、2級 ○上肢障がいの1、2級で、下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいを重複して有する方																										
身体障害者手帳を所持する方で右記の障がい有する方  特別障害者手当受給者	○下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいの1、2級 ○上肢障がいの1、2級で、下肢障がい・体幹障がい・視覚障がいを重複して有する方																														
<b>事業内容</b>	社会参加または通院等のためにタクシーを利用する際の、利用料金の一部を助成します。																														
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課      ☎ : 31-0251   Fax : 31-8120																														
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。(確認のため、身体障害者手帳をご持参ください。) ②タクシー券(年6,000円分)の交付を受け、乗車時に利用する。 ※視覚障がい1、2級の方は年12,000円分を交付。																														
<b>利用者負担</b>	タクシー券の金額を超える料金は自己負担																														
<b>備考</b>	<利用できるタクシー会社等・電話番号> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">益田市入退院サービス</td> <td style="width: 17%;">22-6132</td> <td style="width: 33%;">益田タクシー</td> <td style="width: 17%;">22-8181</td> </tr> <tr> <td>介護タクシーひまわり</td> <td>32-1010</td> <td>第一交通</td> <td>22-1400</td> </tr> <tr> <td>やまねお出かけ介護タクシー</td> <td>25-7888</td> <td>日本交通タクシー</td> <td>22-1370</td> </tr> <tr> <td>まる介護タクシー</td> <td>080-2890-1304</td> <td>やじ介護タクシー</td> <td>22-4316</td> </tr> <tr> <td>ポイント介護タクシー</td> <td>0120-87-8343</td> <td>介護タクシー秋桜</td> <td>25-1605</td> </tr> <tr> <td>匹見タクシー</td> <td>090-3378-5786</td> <td>さんくろー</td> <td>27-2350</td> </tr> <tr> <td>介護タクシーすまいる</td> <td>22-8550</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※申請開始日は、当該年度の4月からです。</p>			益田市入退院サービス	22-6132	益田タクシー	22-8181	介護タクシーひまわり	32-1010	第一交通	22-1400	やまねお出かけ介護タクシー	25-7888	日本交通タクシー	22-1370	まる介護タクシー	080-2890-1304	やじ介護タクシー	22-4316	ポイント介護タクシー	0120-87-8343	介護タクシー秋桜	25-1605	匹見タクシー	090-3378-5786	さんくろー	27-2350	介護タクシーすまいる	22-8550		
益田市入退院サービス	22-6132	益田タクシー	22-8181																												
介護タクシーひまわり	32-1010	第一交通	22-1400																												
やまねお出かけ介護タクシー	25-7888	日本交通タクシー	22-1370																												
まる介護タクシー	080-2890-1304	やじ介護タクシー	22-4316																												
ポイント介護タクシー	0120-87-8343	介護タクシー秋桜	25-1605																												
匹見タクシー	090-3378-5786	さんくろー	27-2350																												
介護タクシーすまいる	22-8550																														

### 人工透析患者通院交通費助成

<b>対象者</b>	身体障害者手帳のじん臓機能障がい1級に該当し、通院し血液透析を受けている方						
<b>事業内容</b>	血液透析のため通院される方に対し、その交通費を助成します。 助成額は以下のとおりです。						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">益田・吉田・高津地区居住の方</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">基準額 80 円×通院日数</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">上記以外の益田地域居住の方</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">往復バス運賃の 1/4×通院日数</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">美都・匹見地域居住の方</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">往復バス運賃の 1/2×通院日数</td> </tr> </table>	益田・吉田・高津地区居住の方	基準額 80 円×通院日数	上記以外の益田地域居住の方	往復バス運賃の 1/4×通院日数	美都・匹見地域居住の方	往復バス運賃の 1/2×通院日数
	益田・吉田・高津地区居住の方	基準額 80 円×通院日数					
	上記以外の益田地域居住の方	往復バス運賃の 1/4×通院日数					
美都・匹見地域居住の方	往復バス運賃の 1/2×通院日数						
※往復バス運賃とは、最寄りのバス停から益田駅までのことです。							
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120						
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。(要：通帳等、口座番号がわかるもの) ②病院が発行する通院証明書を添付し、市へ請求書を提出する。 ③市で申請内容を確認し、届出口座に当該金額を入金する。						
<b>備考</b>	助成申請の受付期限は、翌年度の4月末です。						

### NHK放送受信料の減免

<b>対象者</b>	全額 減免	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を所持する方が世帯構成員であり、かつ、市民税非課税世帯である場合						
	半額 減免	下に該当する方が世帯主で、NHK放送受信契約者の場合 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">身体障害者手帳</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">視覚・聴覚障がいに該当する方 障害等級が1級または2級</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">療育手帳</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">療育手帳 A</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">精神障害保健福祉手帳</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">精神障害保健福祉手帳 1 級</td> </tr> </table>	身体障害者手帳	視覚・聴覚障がいに該当する方 障害等級が1級または2級	療育手帳	療育手帳 A	精神障害保健福祉手帳	精神障害保健福祉手帳 1 級
	身体障害者手帳	視覚・聴覚障がいに該当する方 障害等級が1級または2級						
	療育手帳	療育手帳 A						
精神障害保健福祉手帳	精神障害保健福祉手帳 1 級							
<b>事業内容</b>		NHK放送受信料の全額、または半額が免除となります。						
<b>申請窓口</b>		市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120						
<b>申請手順</b>		①申請書を提出する。(要：印鑑) ②該当要件について確認し、該当する場合、証明証を交付します。 ③証明証を付した申請書を、対象者本人がNHK松江放送局に提出する。						
<b>備考</b>		※NHK放送受信料免除基準でいう「世帯」とは、「住居・生計を同じくする者の集まり」を指します。 ※お問合せ：NHK 松江放送局営業部 ☎ : 0852-32-0702						

## 補装具の給付

<b>対象者</b>	身体障害者手帳を所持する方、対象となる難病疾患を有する方												
<b>事業内容</b>	<p>身体の失われた部分や障がいのある部分を補って、日常生活や働くことを容易にする下記の用具の購入または修理の費用を助成します。 用具ごとに助成の対象となる基準額や耐用年数が設けられています。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">補装具の種類</th> <th style="width: 40%;">障がい種別</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視覚障がい者用安全杖 / 義眼 / めがね</td> <td>視覚障がいを有する方</td> </tr> <tr> <td>補聴器 / 人工内耳(音声信号処理装置の修理に限る)</td> <td>聴覚障がいを有する方</td> </tr> <tr> <td>義肢(義手 / 義足) / 装具 / 車いす / 座位保持装置 / 電動車いす / 歩行器 / 歩行補助杖</td> <td>肢体不自由等の障がいを有する方</td> </tr> <tr> <td>座位保持いす / 起立保持具 / 頭部保持具 / 排便補助用具</td> <td>肢体不自由等の障がいを有する方で、年齢が18歳未満の方</td> </tr> <tr> <td>重度障がい者意思伝達装置</td> <td>両上下肢機能障がいおよび音声言語機能障がいを有する方</td> </tr> </tbody> </table>	補装具の種類	障がい種別	視覚障がい者用安全杖 / 義眼 / めがね	視覚障がいを有する方	補聴器 / 人工内耳(音声信号処理装置の修理に限る)	聴覚障がいを有する方	義肢(義手 / 義足) / 装具 / 車いす / 座位保持装置 / 電動車いす / 歩行器 / 歩行補助杖	肢体不自由等の障がいを有する方	座位保持いす / 起立保持具 / 頭部保持具 / 排便補助用具	肢体不自由等の障がいを有する方で、年齢が18歳未満の方	重度障がい者意思伝達装置	両上下肢機能障がいおよび音声言語機能障がいを有する方
	補装具の種類	障がい種別											
	視覚障がい者用安全杖 / 義眼 / めがね	視覚障がいを有する方											
	補聴器 / 人工内耳(音声信号処理装置の修理に限る)	聴覚障がいを有する方											
	義肢(義手 / 義足) / 装具 / 車いす / 座位保持装置 / 電動車いす / 歩行器 / 歩行補助杖	肢体不自由等の障がいを有する方											
	座位保持いす / 起立保持具 / 頭部保持具 / 排便補助用具	肢体不自由等の障がいを有する方で、年齢が18歳未満の方											
重度障がい者意思伝達装置	両上下肢機能障がいおよび音声言語機能障がいを有する方												
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120												
<b>申請手順</b>	<p>①申請書を提出する。(要: 身体障害者手帳、マイナンバー、本人確認書類 等)          ②給付判定…処方内容、支給可否について判定します。          ③支給決定…市から決定通知を送付します。          ④適合判定…製作完了後の補装具について判定します。          ⑤製品を受領します。          ※購入後の助成はできません。あらかじめ、ご相談ください。          ※補装具の種類によって支給要件や必要書類、受領までの流れが異なります。</p>												
<b>利用者負担</b>	<p>原則、費用の1割負担。          ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。</p>												
<b>備考</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・耐用年数の間は、特別な事情がない限り、同一補装具の新規購入の助成はできません。故障等の場合は、修理での対応となります。</li> <li>・介護保険法に規定する「要支援者」「要介護者」の方は、介護保険の適用による福祉機器貸与が優先されます。特別な事情がない場合は、同じ品目の補装具の給付を受けることはできません。</li> <li>・購入することが原則ですが、障害者総合支援法において、「借受けによることが適当である場合」に限り借受けでの給付が認められます。なお、借受けの対象となる種目については、①義肢、装具、座位保持装具の完成用部品②重度障がい者用意思伝達装置の本体③歩行器④座位保持いすが規定されています。</li> </ul>												

## 日常生活用具の給付について

<b>対象者</b>	障がい者手帳を所持する方、対象となる難病疾患を有する方
<b>事業内容</b>	<p>在宅で、重度の障がいのある方に対して、日常生活が円滑に行われるようにするための下記用具の購入費用を、助成します。          なお、用具ごとに助成の対象となる障がいの条件や助成の上限額、耐用年数が設けられています。</p> <p>特殊寝台 / 特殊マット /          特殊尿器 / 入浴担架 / 体位変換器 / 移動用リフト /          訓練用いす / 訓練用ベッド /          入浴補助用具 / 便器 / 特殊便器 /          移動/移乗支援用具 / T字杖 / 棒杖 /          頭部保護帽/火災警報器 / 自動消火器 / 電磁調理器 /          歩行時間延長信号機用小型送信機 / 聴覚障がい者屋内信号装置 /          透析液加温器 / ネブライザー / 電気式たん吸引器 /          酸素ポンプ運搬車 / 視覚障がい者用体温計 /          視覚障がい者用体重計 /          携帯用会話補助装置 / 情報・通信支援用具 /          点字ディスプレイ / 点字器 / 点字タイプライター /          視覚障がい者用ポータブルレコーダー /          視覚障がい者用活字文書読上げ装置 /          視覚障がい者用拡大読書器 / 視覚障がい者用時計 /          聴覚障がい者用通信装置 / 聴覚障がい者用情報受信装置 /          人工喉頭 / 人工内耳 /          ストマ用具 / 紙オムツ / 集尿器 /          居宅生活動作補助用具</p>
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	<p>①申請書を提出する。(要：身体障害者手帳等)          ②日常生活用具の必要性を判定します。          ③機種、納入業者の選考を行います。          ④日常生活用具が給付されます。  <u>※購入後の助成はできません。あらかじめ、ご相談ください。</u></p>
<b>利用者負担</b>	<p>原則、費用の1割負担。          ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。</p>
<b>備考</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・用具の耐用年数期間内は、特別な事情がない限り、同一用具の新規購入の助成はできません。</li> <li>・介護保険法に規定する「要支援者」「要介護者」の方は、介護保険の適用による福祉機器貸与が優先されます。特別な事情がない場合は、同じ品目の日常生活用具の給付を受けることはできません。</li> </ul>



## 自立支援医療（精神通院医療）

<b>対象者</b>	精神疾患による通院治療を継続して受ける必要がある方
<b>事業内容</b>	通院治療費の自己負担を軽減します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。 (要:マイナンバー、保険証(写)、診断書(指定様式)、本人確認書類 等) ②島根県が審査し、認定します。認定後、受給者証が交付されます。 ※原則、対象医療を受ける前に申請が必要です。 ※手続き内容によっては、印鑑が必要な場合がありますので、申請時にご確認ください。
<b>利用者負担</b>	原則、医療費の1割負担 ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。
<b>備考</b>	・都道府県知事から精神通院医療の指定医療機関としての指定を受けた医療機関での医療に限ります。 ・有効期限の3カ月前から更新申請ができますので、更新を希望される場合は、期限内に手続きをお願いします。なお、市から更新のご案内は行っておりませんので、ご承知おきください。

## 自立支援医療（更生医療）

<b>対象者</b>	身体障害者手帳を所持している方																		
<b>事業内容</b>	下記のような「障がいを軽くしたり、除去したりする医療」を受ける場合に、医療費の自己負担を軽減します。																		
<b>対象となる障がい・医療の例</b>	<p>&lt;障がい別給付対象医療の例&gt;</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">障がい区分</th> <th style="text-align: center;">医療内容の例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">視 覚 障 が い</td> <td>角膜移植術 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">聴 覚 障 が い</td> <td>外耳道形成術、人工内耳 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">言 語 機 能 障 が い</td> <td>上(下)顎骨形成術、歯科矯正治療 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">肢 体 不 自 由</td> <td>人工関節置換術、骨切術 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">心 臓 機 能 障 が い</td> <td>バイパス術、弁形成・置換術、ペースメーカー埋込術 等（内科的治療のみは除く）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">腎 臓 機 能 障 が い</td> <td>人工透析、腎移植術 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">小 腸 機 能 障 が い</td> <td>中心静脈栄養法 等</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">肝 臓 機 能 障 が い</td> <td>肝移植術 等</td> </tr> </tbody> </table>	障がい区分	医療内容の例	視 覚 障 が い	角膜移植術 等	聴 覚 障 が い	外耳道形成術、人工内耳 等	言 語 機 能 障 が い	上(下)顎骨形成術、歯科矯正治療 等	肢 体 不 自 由	人工関節置換術、骨切術 等	心 臓 機 能 障 が い	バイパス術、弁形成・置換術、ペースメーカー埋込術 等（内科的治療のみは除く）	腎 臓 機 能 障 が い	人工透析、腎移植術 等	小 腸 機 能 障 が い	中心静脈栄養法 等	肝 臓 機 能 障 が い	肝移植術 等
障がい区分	医療内容の例																		
視 覚 障 が い	角膜移植術 等																		
聴 覚 障 が い	外耳道形成術、人工内耳 等																		
言 語 機 能 障 が い	上(下)顎骨形成術、歯科矯正治療 等																		
肢 体 不 自 由	人工関節置換術、骨切術 等																		
心 臓 機 能 障 が い	バイパス術、弁形成・置換術、ペースメーカー埋込術 等（内科的治療のみは除く）																		
腎 臓 機 能 障 が い	人工透析、腎移植術 等																		
小 腸 機 能 障 が い	中心静脈栄養法 等																		
肝 臓 機 能 障 が い	肝移植術 等																		
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120																		
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。(要:マイナンバー、保険証(写)、指定医療機関からの意見書(指定様式)、医療費概算書(指定様式)、本人確認書類 等) ②医療の必要性の判定を、島根県に依頼します。 ③県の判定後、給付決定されます。 ※原則、対象医療を受ける前に申請が必要です。																		
<b>利用者負担</b>	原則、医療費の1割負担 ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。																		
<b>備考</b>	都道府県知事から「更生医療の指定医療機関としての指定を受けた医療機関」での医療に限ります。																		

### 自立支援医療（育成医療）

<b>事業内容</b>	身体に障がいがあり、生活の能力を得るために必要な医療を受ける児童（満 18 歳に満たない者）について、医療費の自己負担を軽減します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	①申請書を提出する。（要：マイナンバー、保険証(写)、指定医療機関からの意見書(指定様式)、本人確認書類 等) ②医療の必要性を判定し、育成医療の給付決定を行います。 ※原則、対象医療を受ける前に申請が必要です。
<b>利用者負担</b>	原則、医療費の 1 割負担 ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。
<b>備考</b>	・都道府県知事から、「育成医療の指定医療機関として指定を受けている医療機関」での医療に限ります。 ・1 年決定の方については、有効期限の 3 カ月前から更新申請ができます。更新を希望される場合は、期限内に手続きをお願いします。なお、市から更新のご案内は行っておりませんので、ご承知おきください。

### 精神障害者通院医療費助成

<b>対象者</b>	益田市民であって自立支援医療（精神通院医療）受給者のうち、その所得区分が市民税非課税世帯の者（福祉医療受給者を除く。）
<b>事業内容</b>	月の自己負担支払額が、自立支援医療（精神通院医療）負担上限月額の 1 / 2 を越えた場合に、その超過額を償還払います。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	①申請・請求書を提出。（要：自立支援医療（精神通院医療）受給者証、口座番号がわかるもの、支払後の自己負担上限額管理票または領収書） ②助成対象資格確認後、助成額を入金する。
<b>備考</b>	助成申請の受付期限は、次年度の 4 月末です。

## 福祉医療費助成制度

<b>対象者</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体障害者手帳 1～2 級を所持している方</li> <li>● 身体障害者手帳 3～4 級所持で、知的障がい有する方</li> <li>● 療育手帳 A 判定を所持している方</li> <li>● 18 歳未満または高校 3 学年終了までの児童を養育する配偶者のない方およびその児童</li> <li>● 精神障害者保健福祉手帳 1 級を所持している方</li> <li>● 精神障害者保健福祉手帳 2 級および、身体障害者手帳 3～4 級を併せて所持している方</li> <li>● 精神障害者保健福祉手帳 2 級所持で、知的障がい有する方</li> <li>● 65 歳以上で 3 ヶ月以上臥床し、常時介護が必要と認められた方（対象期間 1 年）</li> </ul>
<b>事業内容</b>	保険診療の医療費を助成します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	① 申請書を提出する。（要：障害者手帳(所持者のみ)、保険証(写) 等） ② 資格審査後、福祉医療証を交付します。
<b>利用者負担</b>	原則、総医療費の 1 割負担 ただし、世帯の収入に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。

## 後期高齢者医療の障がい認定

<b>対象者</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体障害者手帳 1 級～3 級・4 級の一部を所持している方 (該当要件の詳細は、市保険課にお問合せください。)</li> <li>● 療育手帳 A 判定を所持している方</li> <li>● 精神障害者保健福祉手帳 1・2 級を所持している方 他 ※詳しくは、市保険課にお問合せください。</li> </ul>
<b>事業内容</b>	通常 75 歳から適用になる後期高齢者医療を、65 歳から適用します。
<b>申請窓口</b>	市保険課 ☎ : 31-0215 Fax : 24-0180 申請には、医療被保険者証・障がいの程度がわかるもの（身体障害者手帳等）が必要です。
<b>利用者負担</b>	総医療費の 1 割または 3 割負担（所得によって区分されます。）

### 自動車改造費助成

<b>対象者</b>	身体障害者手帳を所持している方で、身体状況により自ら所有する自動車を改造する必要がある方
<b>事業内容</b>	障がい有する方ご本人が、自動車を運転するために改造を必要とする場合に、その改造費用の一部を助成します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	① 所定の申請書に、改造を必要とする理由およびその内容を記入し、提出する。 ② 内容を審査し、自動車改造の必要性が認められた場合、補助金交付決定を行う。 ③ 改造工事実施する。 ④ 完了後、自己負担により全額を支払う。 ⑤ ④の領収書を添付し、助成金交付を請求する。
<b>利用者負担</b>	助成金額は最高 10 万円まで。10 万円を超過する費用は自己負担。
<b>備考</b>	所得制限あり。その他の提出書類：改造箇所の写真・運転免許証

### 運転免許証取得費助成

<b>対象者</b>	4 級以上の身体障害者手帳を所持している方
<b>事業内容</b>	自動車教習所や運転免許試験の費用を助成し、免許取得の経済的負担を軽減します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	① 運転免許取得後、領収証を添付して申請する。 ② 運転免許取得に際し、他の助成を受けていないか確認する。 ③ 全費用の 2 / 3 を助成する。(限度額：10 万円)
<b>備考</b>	その他の提出書類：運転免許証の写し

### 手話通訳者・要約筆記者派遣事業

<b>対象者</b>	聴覚障がい有する方等であって、手話または要約筆記による支援を必要とする方
<b>事業内容</b>	聴覚障がい等のため意思疎通を図ることが困難な方に対し、市に登録している手話奉仕員または要約筆記奉仕員を派遣し、手話または要約筆記による意思疎通支援を行います。
<b>申請窓口</b>	あゆみの里 Fax : 31-5102
<b>申請手順</b>	① 障害者福祉センターあゆみの里に、利用を申請する。 (事前申込が必要です。) ② 双方が協議・調整の上、登録手話奉仕員または登録要約筆記奉仕員を、必要な現場に派遣する。
<b>利用者負担</b>	なし

### 緊急時手話通訳者・要約筆記者派遣事業

<b>対象者</b>	聴覚障がい等を有する方であって、手話または要約筆記による支援を必要とする方
<b>事業内容</b>	緊急時の 119 番通報の際に、聴覚障がい等のため、意思疎通を図ることが困難な方に対し、市に登録している手話通訳者または要約筆記者・奉仕員を派遣し、手話または要約筆記による意思疎通支援を行います。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>利用者負担</b>	なし

### 点字・声の広報発行事業

<b>対象者</b>	視覚障がいを有する方で、点字・音声による広報を必要とする方
<b>事業内容</b>	視覚障がいのため市の広報を読むことができない方に対し、点字や音声に変換した広報を配布します。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120
<b>申請手順</b>	①市障がい者福祉課へ利用希望を連絡する。 ②西部視聴覚障害者情報センターから、点訳・音訳版広報が郵送される。
<b>利用者負担</b>	なし

### 視覚障がい者生活訓練

<b>対象者</b>	視覚障がいを有する方
<b>事業内容</b>	視覚障がいのために歩行や日常生活に不安がある方に対し、歩行訓練士などを派遣し、訓練を実施します。その他、日常の生活訓練（調理や掃除、洗濯などの家事等）や、日常生活用具の使い方などの訓練を受けることも可能です。
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 島根県西部視聴覚障害者情報センター ☎ : 0855-24-9334
<b>申請手順</b>	①市障がい者福祉課または島根県西部視聴覚障害者情報センターに相談する。 ②訓練の必要性や訓練内容を検討・確認し、訓練士などを派遣する。
<b>利用者負担</b>	なし

## 障害基礎年金・障害厚生年金等

<b>対象者</b>	<p>〈障害基礎年金〉 国民年金に加入している間、または 20 歳前（年金制度に加入していない期間）、もしくは 60 歳以上 65 歳未満（年金制度に加入していない期間で日本に住んでいる間）に、初診日（障がいの原因となった病気やけがについて、初めて医師または歯科医師の診療を受けた日）のある病気やけがで、法令により定められた障害等級表（1 級・2 級）による障がいの状態にあるときは障害基礎年金が支給されます。</p> <p>〈障害厚生年金〉 厚生年金に加入している間に初診日のある病気やけがで障害基礎年金の 1 級または 2 級に該当する障がいの状態になったときは、障害基礎年金に上乗せして障害厚生年金が支給されます。また、障がいの状態が 2 級に該当しない軽い程度の障がいのときは 3 級の障害厚生年金が支給されます。なお、初診日から 5 年以内に病気やけがが治り、障害厚生年金を受けるよりも軽い障がいが残ったときには障害手当金（一時金）が支給されます。</p>
<b>申請窓口 (詳細問合せ)</b>	<p>市保険課 ☎ : 31-0216 Fax : 24-0180          浜田年金事務所 ☎ : 0855-22-0670 Fax : 0855-23-0442</p>

※詳しくは、申請窓口にお問い合わせください。

## 心身障害者扶養共済制度

<b>事業内容</b>	障がいをもつ方を扶養している保護者が、自らの生存中に毎月一定の掛金を納めることにより、保護者に万一（死亡・重度障がい）のことがあったとき、障がいをもつ方に終身一定額の年金を支給する制度です。
<b>対象となる 方の範囲</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体障害者手帳 1 ～ 3 級</li> <li>●療育手帳 A・B</li> <li>●その他：精神または身体に永続的な障がいをもつ方で、その障がいの程度が上記と同程度を認められる方</li> </ul>
<b>申請窓口</b>	<p>・市障がい者福祉課 ☎ : 31-0251 Fax : 31-8120          ・島根県障がい福祉課 ☎ : 0852-22-6686 Fax : 0852-22-6687</p>
<b>申請手順</b>	<p>①申請(新規加入)手続きをする。          (要：申込書、障がい者手帳等の障がいの種類や程度を証明するもの、住民票 等)          ②県において審査後、加入。</p>
<b>備考</b>	<p>実施主体：島根県          ※市は、申請を受付け島根県に書類一式を進達します。</p>

### 特別障害者手当・障害児福祉手当

	＜特別障害者手当＞	＜障害児福祉手当＞
<b>対象者</b>	在宅で生活し、著しく重度の障がい有するため、日常生活で常時特別の介護を必要とする20歳以上の方	在宅で生活し、重度の障がい有するため、日常生活で常時介護を必要とする20歳未満の方
<b>対象となる障がい</b>	肢体障がい、心臓障がい、腎臓障がい、呼吸器障がい、精神障がい等	
<b>事業内容</b>	支給額：27,980円（月額）	支給額：15,220円（月額）
	対象者に手当を支給します。 ※所得制限があります ※支給額は物価スライドにより改定される場合があります。	
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎：31-0251 Fax：31-8120	
<b>申請手順</b>	①申請書提出。（要：マイナンバー、診断書(指定様式)、本人の口座番号および年金額のわかるもの、本人確認書類等） ②手当支給に該当する状態の可否を審査する。 ③手当の支給。（入金は2月、5月、8月、11月）	
<b>備考</b>	施設（有料老人ホーム等は除く）へ入所している場合、または継続して病院に3か月以上入院している場合は、支給されません。	施設入所している場合、または障がいを事由とする年金を受給している場合は、支給されません。

### 特別児童扶養手当

<b>対象者</b>	対象障がい児（20歳未満）を監護・養育している父母または養育者 ＜対象となる児童の障がいの程度および等級等＞		
	等級	対象となる障がいの程度	手当月額
	1級	概ね身体障害者手帳1・2級の一部、療育手帳A相当	53,700円
	2級	概ね身体障害者手帳3・4級の一部、療育手帳B相当	35,760円
	※その他、診断書により上記と同程度以上の障がい有すると認められた児童（心臓、呼吸器、腎臓、肝臓、血液等の内部疾患、精神障がい等）		
<b>事業内容</b>	対象者に手当を支給します。 ※所得制限があります ※支給額は物価スライドにより改定される場合があります。		
<b>申請窓口</b>	市障がい者福祉課 ☎：31-0251 Fax：31-8120		
<b>申請手順</b>	①申請書提出（要：マイナンバー、診断書(指定様式)、本人の口座番号がわかるもの、本人と対象障がい児の戸籍謄本または抄本、本人確認書類等） ②手当支給に該当する状態の可否を島根県において審査 ③島根県より証書の交付と手当の支給（入金は4月、8月、11月）		
<b>備考</b>	対象児童が施設入所している場合や、対象児童が障がいを事由とする年金を受給している場合は、支給されません。		

### 携帯電話料金の割引

<b>対象者</b>	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を所持している方
<b>事業内容 申請窓口等</b>	携帯電話料金が割引になります。 各携帯電話サービス会社およびサービス内容により割引率等が異なりますので、各携帯電話会社（取扱店）にお問合せください。

### 電話番号案内について

<b>対象者</b>	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を所持している方
<b>事業内容 申請窓口等</b>	電話番号案内料金が無料になります。対象者や事前登録の確認が必要となりますので、ご利用を希望される場合は、ご契約の電話会社、携帯電話会社にお問合せください。

### 郵便料金の減免について

<b>対象郵便物</b>	①点字郵便物、②点字用紙および盲人用録音郵便物、③盲人用点字小包郵便物、④聴覚障がい者用小包郵便物（聴覚障がい者用ビデオテープ）
<b>内容等</b>	①②は無料、③④は半額 ②④は、指定盲人または指定聴覚障がい者福祉施設が受発注するものに限りです。
<b>お問合せ先</b>	最寄りの郵便局

## 参考：各種施設利用の割引について

各種施設（公共施設、スポーツ施設、娯楽レジャー施設等）をご利用になる際、障がい者手帳を提示することで、利用料や入場料が減免・免除されることがあります。詳しくは、各施設にお問合せください

