

# 目 次

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1 障害程度別該当制度一覧表</b>               | <b>1</b>  |
| <b>2 障害者手帳</b>                      | <b>3</b>  |
| 身体障害者手帳.....                        | 3         |
| 療育手帳.....                           | 4         |
| 精神障害者保健福祉手帳.....                    | 5         |
| <b>3 障害福祉サービス</b>                   | <b>6</b>  |
| 障害福祉サービスの利用.....                    | 6         |
| 福祉サービス利用までの流れ.....                  | 7         |
| 障害児通所支援のサービス.....                   | 8         |
| 指定相談支援.....                         | 8         |
| <b>4 補装具及び日常生活用具</b>                | <b>9</b>  |
| 補装具費の支給.....                        | 9         |
| スポーツ仕様補装具購入費の補助.....                | 9         |
| 日常生活用具の給付.....                      | 10        |
| 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付.....           | 13        |
| <b>5 その他の地域生活支援</b>                 | <b>14</b> |
| 地域活動支援センター.....                     | 14        |
| 訪問入浴サービス.....                       | 14        |
| 生活訓練事業.....                         | 15        |
| 中途失明者緊急生活訓練.....                    | 15        |
| 日中一時支援事業.....                       | 15        |
| グループ外出支援事業.....                     | 16        |
| 移動支援事業.....                         | 16        |
| 手話通訳者の設置.....                       | 17        |
| 手話通訳者及び要約筆記者の派遣.....                | 17        |
| 盲ろう者向け通訳・介助員及び失語症者向け意思疎通支援者の派遣..... | 17        |
| 住宅改造費の助成.....                       | 18        |
| 身体障害者補助犬（盲導犬、介助犬、聴導犬）の給付.....       | 18        |
| 災害時避難行動要支援者制度.....                  | 19        |
| NET119（緊急位置通報システム GPS付携帯）.....      | 19        |
| <b>6 年金と手当</b>                      | <b>20</b> |
| 障害基礎年金.....                         | 20        |
| 水戸市心身障害児（者）福祉手当.....                | 20        |
| 特別児童扶養手当.....                       | 21        |
| 特別障害者手当.....                        | 21        |
| 障害児福祉手当.....                        | 22        |
| 児童扶養手当.....                         | 22        |
| 心身障害者扶養共済制度.....                    | 23        |

|            |    |
|------------|----|
| 水戸市難病患者見舞金 | 23 |
|------------|----|

## 7 保健と医療

24

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 医療福祉費支給制度(マル福制度)～重度心身障害者・児～ | 24 |
| 障害認定による後期高齢者医療の受給資格         | 24 |
| 自立支援医療(更生医療)                | 25 |
| 自立支援医療(育成医療)                | 25 |
| 自立支援医療(精神通院)                | 25 |
| 身体障害者健康診査事業                 | 26 |
| 難病医療の給付                     | 26 |
| 小児慢性特定疾病医療の給付               | 26 |

## 8 公共施設及び交通機関の割引制度

27

|                    |    |
|--------------------|----|
| 利用料が免除される市の施設      | 27 |
| 県立施設入館料等の割引        | 28 |
| 市営駐車場の使用料の助成       | 28 |
| 市自転車等駐車場の使用料の免除    | 28 |
| JR旅客運賃の割引          | 29 |
| 県内バス(路線)運賃の割引      | 29 |
| タクシー料金の割引          | 29 |
| タクシー料金の助成(福祉タクシー券) | 30 |
| 有料道路通行料金の割引        | 30 |
| 国内航空運賃の割引          | 31 |
| 大洗カーフェリー運賃の割引      | 31 |
| ミライロIDによる本人確認について  | 31 |

## 9 税の軽減等

32

|               |    |
|---------------|----|
| 所得税・市県民税の所得控除 | 32 |
| 個人事業税の減免等     | 33 |
| 自動車税・軽自動車税の減免 | 33 |
| 相続税の障害者控除     | 34 |

## 10 その他の福祉

35

|                   |    |
|-------------------|----|
| NHK放送受信料の減免       | 35 |
| ヘルプマーク・ヘルプカード     | 35 |
| 駐車禁止の除外           | 36 |
| いばらき身障者等用駐車場利用証   | 36 |
| 公営住宅への入居          | 37 |
| はり・きゅう・マッサージ施術費助成 | 37 |
| 声の広報・点字の広報        | 37 |
| 障害者福祉バス           | 38 |
| 図書の郵送貸出し          | 38 |
| 郵便による投票           | 38 |
| NTT番号案内の無料化       | 39 |
| 青い鳥郵便葉書の無償配布      | 39 |
| 郵便料金の免除           | 39 |

|                 |    |
|-----------------|----|
| 身体障害者結婚相談所..... | 40 |
| リフトタクシーの運行..... | 40 |

## 11 相談の窓口 41

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 水戸市基幹相談支援センター.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 41 |
| 水戸市精神障害者地域生活支援センターかさほら.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 41 |
| 水戸市役所.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 42 |
| 障害福祉課、高齢福祉課、こども政策課、子育て支援課、幼児保育課、生活福祉課、福祉総務課、介護保険課、国保年金課、学校管理課、水戸市保健所（健康づくり課、感染症対策課）、水戸市総合教育研究所各種相談機関.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 43 |
| （水戸市社会福祉協議会、水戸市社会福祉協議会権利擁護サポートセンター、水戸市社会福祉協議会、自立支援相談室、水戸市社会福祉協議会特例貸付相談室、水戸地区障害者就業・生活支援センター、水戸市消費生活センター、茨城県ひきこもり相談支援センター、茨城県難病相談支援センター、茨城県高次脳機能障害支援センター、茨城県医療的ケア児支援センターみちしるべ、茨城県精神保健福祉センター、茨城県中央児童相談所、茨城県福祉相談センター、茨城県立聴覚障害者福祉センターやすらぎ、茨城県発達障害者支援センターあい、茨城県立あすなろの郷地域生活支援センター、茨城県立視覚障害者福祉センター・点字図書館、身体障害者総合相談所、街角の年金相談センター水戸、障害者なんでも相談室、茨城県障害者権利擁護センター、茨城県障害者差別相談室、水戸公共職業安定所、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構茨城支部茨城障害者職業センター） |    |
| 民生委員・児童委員.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 47 |
| 身体障害者・知的障害者相談員.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 47 |
| 障害者に対する虐待を発見したとき・虐待を受けたとき.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 47 |
| 子どもの発達相談.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 48 |

## 12 スポーツ・文化 50

|             |    |
|-------------|----|
| スポーツ大会..... | 50 |
| 文化.....     | 50 |
| 機能回復訓練..... | 50 |

## 13 関連資料 51

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 水戸市障害者（児）福祉団体連合会加盟団体..... | 51 |
| その他の団体.....               | 51 |

## 14 障害程度等級表 53

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 身体障害者障害程度等級表.....         | 53 |
| 精神障害者保健福祉手帳の障害程度の判定等..... | 55 |
| 療育手帳の障害程度の判定等.....        | 56 |

## 障害福祉サービス事業所一覧 57

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 共同生活援助.....                                | 57 |
| 短期入所、地域活動支援センターⅠ・Ⅱ型.....                   | 58 |
| 居宅介護、行動援護、重度訪問介護、同行援護、施設入所.....            | 59 |
| 生活介護、生活訓練.....                             | 60 |
| 就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援A・B型、就労定着支援.....       | 61 |
| 児童発達支援、放課後デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援..... | 63 |
| 特定相談支援、障害児相談支援.....                        | 65 |

# 1. 障害程度別該当制度一覧表

詳しくは掲載ページをご覧ください。

|                |                 |      | 補<br>装<br>具 | 日<br>常<br>生<br>活<br>用<br>具 | 住<br>宅<br>改<br>造<br>費<br>の<br>助<br>成 | 災<br>害<br>時<br>避<br>難<br>行<br>動<br>要<br>支<br>援<br>者<br>制<br>度 | 障<br>害<br>基<br>礎<br>年<br>金                                                        | 水<br>戸<br>市<br>福<br>祉<br>手<br>当 | 特<br>別<br>児<br>童<br>扶<br>養<br>手<br>当 | 特<br>別<br>障<br>害<br>者<br>手<br>当 | 障<br>害<br>児<br>福<br>祉<br>手<br>当 | 児<br>童<br>扶<br>養<br>手<br>当                                                             | 扶<br>養<br>共<br>済 | 水<br>戸<br>市<br>難<br>病<br>患<br>者<br>見<br>舞<br>金 | 医<br>療<br>費<br>の<br>無<br>料<br>（<br>マ<br>ル<br>福<br>制<br>度<br>） |   |   |
|----------------|-----------------|------|-------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---|---|
| 掲載ページ          |                 |      | 9           | 10                         | 18                                   | 19                                                            | 20                                                                                | 20                              | 21                                   | 21                              | 22                              | 22                                                                                     | 23               | 23                                             | 24                                                            |   |   |
| 身体障害者手帳        | 肢体不自由           | 1    | ○           | ○                          | △                                    | ○                                                             | 国<br>民<br>年<br>金<br>法<br>施<br>行<br>令<br>の<br>障<br>害<br>等<br>級<br>表<br>に<br>よ<br>る | ○                               | ○                                    | △                               | ○                               | 児<br>童<br>扶<br>養<br>手<br>当<br>法<br>施<br>行<br>令<br>の<br>別<br>表<br>第<br>二<br>に<br>よ<br>る | ○                |                                                | ○                                                             |   |   |
|                |                 | 2    | ○           | ○                          | △                                    | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    | △                               | △                               |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   |   |
|                |                 | 3    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        | ○                |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 4    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | △                               | △                                    |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 5    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 6    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                | 視覚障害            | 1    | ○           | ○                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    | △                               | ○                               |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                |                 | 2    | ○           | ○                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 | △                               |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                |                 | 3    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   |   |
|                |                 | 4    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | △                               |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 5    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 6    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                | 聴覚又は<br>平衡機能障害  | 2    | ○           | ○                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    | △                               | △                               |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                |                 | 3    | ○           | ○                          |                                      |                                                               |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   |   |
|                |                 | 4    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | △                               |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 5    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 6    | ○           | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 |      |             |                            |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                | 音声<br>言語<br>その他 | 3    | △           | ○                          |                                      |                                                               |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   |   |
|                |                 | 4    |             | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | △                               |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 1    |             | ○                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    | △                               | △                               |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                |                 | 2    |             | △                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                | 内部障害            | 3    |             | ○                          |                                      |                                                               |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   | ○ |
|                |                 | 4    |             | △                          |                                      |                                                               |                                                                                   | △                               |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
| 療育手帳           |                 | 知的障害 | ①           |                            |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    | ○                               | △                               |                                                                                        | ○                | ○                                              | ○                                                             |   | ○ |
| A              |                 |      |             |                            |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               | ○                                    |                                 | △                               |                                                                                        | ○                |                                                | ○                                                             |   |   |
| B              |                 |      |             |                            |                                      | ○                                                             |                                                                                   | ○                               |                                      |                                 | ○                               |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
| C              |                 |      |             |                            |                                      | △                                                             |                                                                                   |                                 |                                      |                                 | ○                               |                                                                                        |                  |                                                |                                                               |   |   |
| 保健福祉手帳<br>精神障害 | 精神障害            | 1    |             |                            |                                      | ○                                                             |                                                                                   |                                 | ○                                    | △                               | △                               |                                                                                        | ○                | ○                                              |                                                               | ○ |   |
|                |                 | 2    |             |                            |                                      | ○                                                             |                                                                                   |                                 | ○                                    |                                 |                                 |                                                                                        | ○                |                                                |                                                               |   |   |
|                |                 | 3    |             |                            |                                      |                                                               |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        | ○                |                                                |                                                               |   |   |
| 難病患者等          |                 |      |             | △                          |                                      | ○                                                             |                                                                                   |                                 |                                      |                                 |                                 |                                                                                        |                  |                                                | ○                                                             |   |   |

○印はおおむね該当 △印は一部該当

| 更生・育成医療 | 自立支援医療(精神通院) | 市営駐車場使用料の助成 | JR運賃の割引 | 路線バスの割引 | タクシー料金一割引 | タクシー料金の助成 | 有料道路の割引 | 航空運賃の割引 | 税金の控除・減免 | NHK放送受信料の減免 | ヘルプマーク・ヘルプカード | いばらき身障者等駐車場利用証 | 公営住宅への入居 | はり・きゅう・マッサージ施術費助成 |
|---------|--------------|-------------|---------|---------|-----------|-----------|---------|---------|----------|-------------|---------------|----------------|----------|-------------------|
| 25      | 25           | 28          | 29      | 29      | 29        | 30        | 30      | 31      | 32       | 35          | 35            | 36             | 37       | 37                |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        | ○                 |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        | ○                 |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        | ○                 |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        | ○                 |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        |                   |
| ○       |              |             | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
| ○       |              |             | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        | ○                 |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              |             | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
| ○       |              |             | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             | △              | ○        |                   |
| ○       |              | △           | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
| ○       |              |             | ○       | ○       | ○         |           | △       | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
|         |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        |                   |
|         |              | △           | ○       | ○       | ○         | △         | △       | ○       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        |                   |
|         |              |             | ○       | ○       | ○         |           |         | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
|         |              |             | ○       | ○       | ○         |           |         | ○       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
|         | ○            | △           | ○       | △       |           | △         |         | △       | ○        | △           | ○             | ○              | ○        |                   |
|         | ○            |             | ○       | △       |           | △         |         | △       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
|         | ○            |             | ○       | △       |           |           |         | △       | ○        | △           | ○             |                | ○        |                   |
|         |              |             |         |         |           |           |         |         |          |             | ○             | ○              |          |                   |

年齢や所得など制限がある場合があります。

## 2. 障害者手帳

### 身体障害者手帳

身

水戸市長が発行し、身体に障害のある方が、様々な福祉サービスを利用するために必要な手帳です。障害の程度により1級から6級まであります。一部の障害の方には一定期間後に再認定を受けていただくことがあります。

|       |                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 以下の身体機能に永続する障害がある方<br>視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく、肢体不自由、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能、肝臓 |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173                                                                    |
| 手 続   | 下表をご参照ください                                                                                   |

#### <必要なもの>

| 手続の種類       |                                   | 写真 | 診断書 | 個人番号がわかるもの | 手帳 |
|-------------|-----------------------------------|----|-----|------------|----|
| 初めて交付申請するとき |                                   | 2枚 | ○   | ○          |    |
| 再交付申請       | 障害の程度が変わったとき                      | 1枚 | ○   | ○          | ○  |
|             | 障害が追加になったとき                       | 1枚 | ○   | ○          | ○  |
|             | 手帳を紛失したとき                         | 1枚 | ○   | ○          |    |
|             | 手帳を破損したとき                         | 1枚 | ○   | ○          | ○  |
| 変更届         | 住所が変わったとき                         |    | ○   | ○          | ○  |
|             | 氏名が変わったとき                         |    | ○   | ○          | ○  |
|             | 保護者の氏名・住所が変わったとき<br>(手帳所持者が15歳未満) |    | ○   | ○          | ○  |
| 返還届         | 死亡、障害に該当しなくなったとき                  |    |     |            | ○  |

※写真について：タテ4cm×ヨコ3cmで、無帽、上半身、1年以内に撮影したもの

ただし、宗教上又は医療上の理由がある場合は、顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布で覆うことが認められています。

(家庭用プリンターの場合は、写真用紙に印刷したものに限りです)

※診断書について：所定の身体障害者診断書・意見書(窓口にあります。障害福祉課ホームページからもダウンロードできます。)で、指定医師が作成したもの

ただし、診断書は医師から受領後すみやかに提出してください

※個人番号がわかるもの：マイナンバーカード、個人番号の記載された住民票

※ 住所が変わったときは、市町村の障害福祉担当窓口到手帳を持参して、居住地変更の届出をしてください。

茨城県知事が発行し、知的障害のある方が、様々な福祉サービスを受けやすくするための手帳です。障害の程度は㊤(最重度)、A(重度)、B(中度)、C(軽度)があります。定められた時期に、再判定が必要な場合があります。

| 対 象 者 |             | 児童相談所または県福祉相談センターで知的障害と判定された方                                                                                                                                                                               |
|-------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手 続   | 新規申請の場合     | <b>相談の予約をしてください</b><br>※ 必要なものについては予約先にご確認ください<br><b>18 歳未満の方</b><br>窓口(問合せ先) 茨城県中央児童相談所<br>電話:029-221-4150 FAX:029-221-4536<br><b>18 歳以上の方</b><br>窓口(問合せ先) 茨城県福祉相談センター<br>電話:029-221-0800 FAX:029-221-0811 |
|       | 再 判 定 の 場 合 | 次の判定年月までに、18 歳未満の方は児童相談所へ、18 歳以上の方は県福祉相談センターへ予約のうえ再判定をしてください<br>※ 必要なものについては予約先にご確認ください                                                                                                                     |
|       | 各 種 手 続     | 再交付申請、記載事項の変更など各種手続は下表をご参照ください<br>窓口 障害福祉課 給付係 電話:232-9173                                                                                                                                                  |

<必要なもの>

| 手続の種類               |                   | 写真  | 手帳 |
|---------------------|-------------------|-----|----|
| 他都道府県から転入したとき(交付申請) |                   | 1 枚 | ○  |
| 再交付申請               | 手帳を紛失したとき         | 1 枚 |    |
|                     | 手帳を破損したとき         | 1 枚 | ○  |
|                     | 記載欄余白がなくなったとき     | 1 枚 | ○  |
| 変更届                 | 氏名・住所等が変わったとき     |     | ○  |
|                     | 保護者の氏名・住所等が変わったとき |     | ○  |
| 返還届                 | 死亡、障害に該当しなくなったとき  |     | ○  |

※写真について:タテ4cm×ヨコ3cmで、無帽、上半身、1年以内に撮影したもの

ただし、宗教上又は医療上の理由がある場合は、顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布で覆うことが認められています

(※家庭用プリンターで印刷した写真及びポラロイド写真は受け付けられません)

※個人番号がわかるもの:マイナンバーカード、個人番号の記載された住民票

※ 住所が変わったときは、市町村の障害福祉担当窓口到手帳を持参して、居住地変更の届出をしてください

茨城県知事が発行し、精神の疾患により日常生活や社会生活に制約のある方が、医療や福祉サービスを受けやすくするために必要な手帳です。障害の程度により1級から3級まであります。有効期限を迎える3か月前から更新できます。

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| 対 象 者 | 精神の疾患により日常生活または社会生活に制約のある方 |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173  |
| 手 続   | 下記をご参照ください                 |

## <必要なもの>

| 手続の種類        |                  | 印かん | 写真 | 診断書 | 障害年金証書等 | 個人番号がわかるもの | 手 帳 |
|--------------|------------------|-----|----|-----|---------|------------|-----|
| 初めて交付申請するとき  |                  | ○   | 1枚 | (○) | (○)     | ○          |     |
| 更新するとき       |                  | ○   | 1枚 | (○) | (○)     | ○          | ○   |
| 障害の程度が変わったとき |                  |     |    |     |         |            |     |
| 再交付申請        | 手帳を紛失したとき        | ○   | 1枚 |     |         | ○          |     |
|              | 手帳を破損したとき        | ○   | 1枚 |     |         | ○          | ○   |
|              | 手帳を汚損したとき        | ○   | 1枚 |     |         | ○          | ○   |
| 変更届          | 住所が変わったとき        | ○   |    |     |         | ○          | ○   |
|              | 氏名が変わったとき        | ○   |    |     |         | ○          | ○   |
| 返還届          | 死亡、障害に該当しなくなったとき |     |    |     |         |            | ○   |

※印かんについて:障害者本人が窓口で申請書を記入する場合は不要です

※写真について:タテ4cm×ヨコ3cmで、無帽、上半身、1年以内に撮影したもの  
(※家庭用プリンターで印刷した写真及びポラロイド写真は受け付けられません)  
写真なしでも申請できます

※診断書について:所定の診断書で、初診日から6か月を経過した日以後のもの  
(用紙は窓口にあります)  
ただし、診断書は作成日から3か月以内のものに限ります

※年金証書等:精神の障害を理由に年金が支給されている場合、年金証書等(年金証書番号が記載されている書類)の写し、または特別障害給付金受給資格者証等の写し

※個人番号がわかるもの:マイナンバーカード、個人番号の記載された住民票

※ 住所が変わったときは、市町村の障害福祉担当窓口到手帳を持参して、居住地変更の届出をしてください

### 3. 障害福祉サービス

#### 障害福祉サービスの利用



障害者や難病患者が日常生活を送る上で、困難な部分を助けたり自立をサポートする福祉サービスです。障害者総合支援法に基づき、サービス等利用計画をもとに支給決定をします。

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| 費用 | 費用の1割が自己負担となりますが、所得に応じて減額があります |
| 窓口 | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084      |

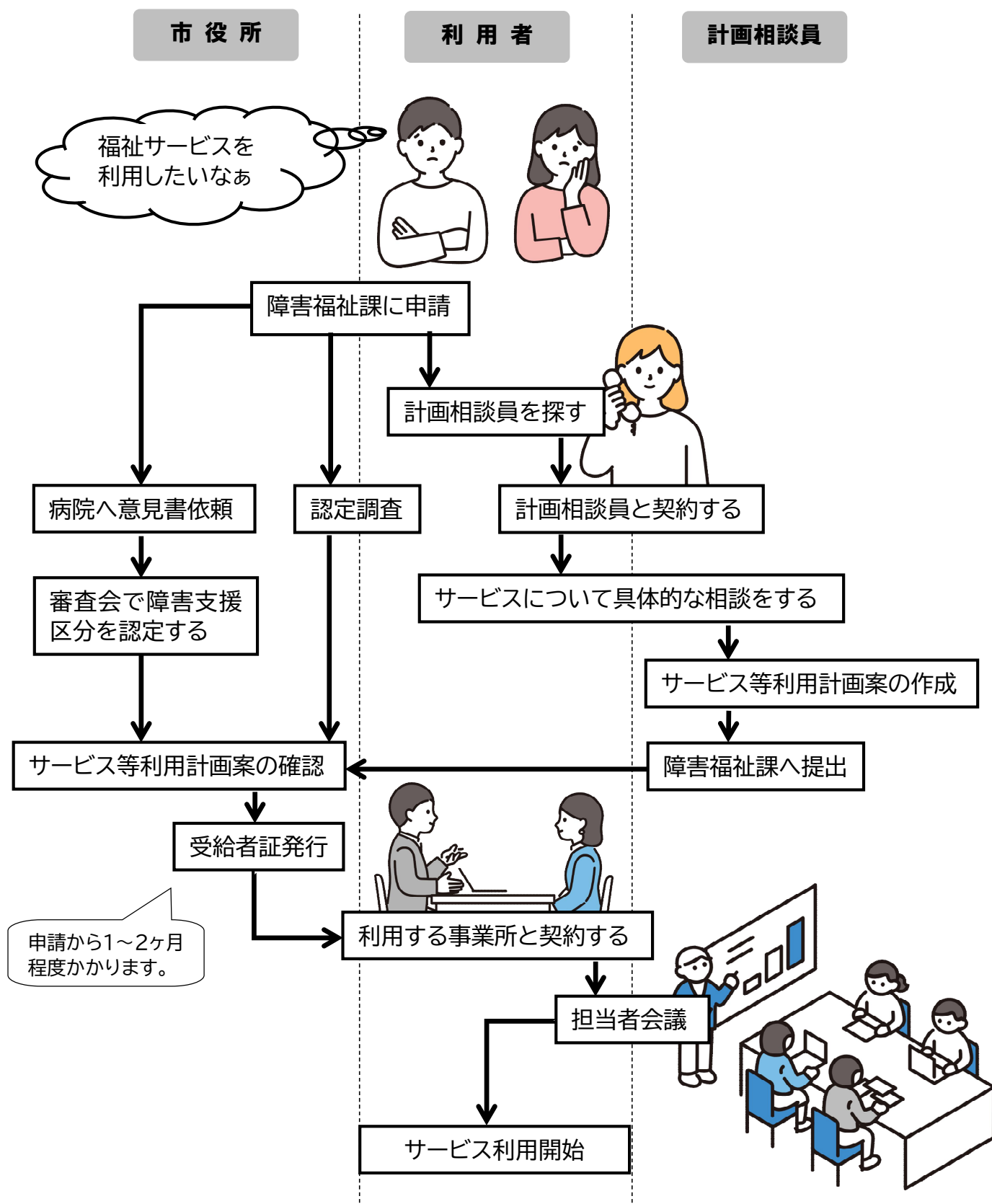
※ 申請の際に、個人番号（マイナンバー）の記載が必要となります。

#### <サービスの種類>

|             |            |                                                                         |                                                              |
|-------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 支援区分が必要なもの  | 居宅介護       | 家事援助                                                                    | 調理・洗濯・掃除や、生活必需品の買い物などの援助をします。                                |
|             |            | 身体介護                                                                    | 自宅で、入浴・排泄・食事などの介助をします。                                       |
|             |            | 通院介助                                                                    | 病院等への通院の際に付き添います（乗り物の乗り降りのみの介助もあります）。                        |
|             | 重度訪問介護     | 常時の介護を必要とする重度の障害者に対し、比較的長時間にわたり、生活全般の援助を総合的・継続的に提供します。                  |                                                              |
|             | 重度障害者等包括支援 | 常時の介護が必要で、四肢麻痺や寝たきり状態の障害者などに対して、複数のサービスを組み合わせて包括的に支援します。                |                                                              |
|             | 同行援護       | 視覚障害者の外出時にガイドヘルパーが同行し、移動に必要な情報の提供などを行います。                               |                                                              |
|             | 行動援護       | 知的障害者や精神障害者が外出する際に、外出時の危険回避、外出の前後の着替えや移動中の介護、その他行動する際に必要な援助を行います。       |                                                              |
|             | 短期入所       | 介護者が病気の場合などに、障害者支援施設に宿泊し、入浴・排泄などの援助を行います。                               |                                                              |
|             | 生活介護       | 常に介護を必要とする障害者に対して、障害者支援施設において、入浴・排泄・食事の介護などを行うとともに、創作的活動や生産活動の機会を提供します。 |                                                              |
|             | 共同生活援助     | 夜間や休日において、共同生活を行う住居で、日常生活上の援助を提供します。                                    |                                                              |
|             | 施設入所支援     | 施設に入所した障害者に対し、主に夜間に、入浴・排泄・食事の介護や、日常生活上の援助を行います。                         |                                                              |
| 支援区分が必要無いもの | 自立訓練       | 機能訓練                                                                    | 身体障害者等に対し、身体機能や生活能力の維持向上のためのリハビリテーション等を提供します。                |
|             |            | 生活訓練                                                                    | 知的障害者や精神障害者に対し、生活能力の維持・向上のための訓練や助言などの支援を行います。                |
|             | 就労移行支援     | 就労を希望する65歳未満の障害者に対し、生産活動や就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練など、就職に必要な支援を行います。      |                                                              |
|             | 就労継続支援     | A型                                                                      | 一般企業等での就労が困難な障害者に対し、雇用契約を結んで就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練などの支援を行います。 |
|             |            | B型                                                                      | 一般企業等での就労が困難な障害者に対し、生産活動の機会、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練などの支援を行います。 |
|             | 自立生活援助     | 障害者支援施設や精神科病院等から一人暮らしに移行した障害者の居宅に訪問し、生活全般における助言や相談、関係機関との連絡調整を行います。     |                                                              |
|             | 就労定着支援     | 就労移行支援等を利用し一般就労に移行した障害者に対し、生活面の課題解決に向けての支援や、企業や関係機関との連絡調整を行います。         |                                                              |
|             | 就労選択支援     | 障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、就労能力や適性等に合った選択を支援します。    |                                                              |

※ 各サービスによって対象者の要件が異なります。65歳以上の方は介護保険が優先されます。

## 福祉サービス利用までの流れ



※ 利用を開始してから、困ったことや希望があれば、事業所の職員や計画相談員に相談することができます。また、適切なサービスが提供されているか、定期的に計画相談員が確認をして、必要に応じてサービス等利用計画を作り直します。

## 障害児通所支援のサービス

身 知 精

児童福祉法に基づき、個別に支給決定を行います。

|     |                                                                |
|-----|----------------------------------------------------------------|
| 費 用 | 費用の1割が原則として自己負担となります。ただし、所得等に応じた上限の設定などにより、負担が重くなりすぎないようにしています |
| 窓 口 | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084                                      |

※ 申請の際に、個人番号(マイナンバー)の記載が必要となります。

### <サービスの種類>

|                 |                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 児 童 発 達 支 援     | 主に未就学の障害児に対して、日常生活における基本的な動作・知識技能の習得、集団生活への適応のための支援などを行います。                              |
| 放 課 後 等 デイ サービス | 学校就学中の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力の向上のために必要な支援、社会との交流促進の支援などを行います。                    |
| 保 育 所 等 訪 問 支 援 | 保育所や幼稚園等を訪問し、障害児に対して、集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。                                          |
| 居宅訪問型児童発達支援     | 重度の障害などで、通所による支援の利用が困難な障害児に対して、居宅を訪問して日常生活における基本的な動作の指導・知識技能の習得、生活能力の向上のために必要な支援などを行います。 |

## 指定相談支援

身 知 精 難

障害者総合支援法及び児童福祉法に基づき、個別に支給決定を行います。

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| 窓 口 | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084 |
|-----|---------------------------|

※申請の際に、個人番号(マイナンバー)の記載が必要となります。

### <相談支援の種類>

|               |                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 計 画 相 談 支 援   | 障害福祉サービス、障害児通所支援又は地域相談支援を利用する障害者及び障害児に対し、サービス利用計画の調整やモニタリングを行います。                                                     |
| 障 害 児 相 談 支 援 |                                                                                                                       |
| 地 域 相 談 支 援   | <b>&lt;地域移行支援&gt;</b><br>障害者施設に入所している障害者や精神科に入院している精神障害者に対し、住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談・障害福祉サービス事業所などへの同行支援などを行います。 |
|               | <b>&lt;地域定着支援&gt;</b><br>単身者あるいは家庭の状況により同居している家族に支援を受けられない障害者に対し、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問、緊急対応などを行います  |

※ 事業所一覧は、「指定障害福祉サービス事業者一覧」(茨城県のホームページ内)でご覧になることができます。

<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/seishin/shofuku/c/c-6.html>

## 4. 補装具及び日常生活用具

### 補装具費の支給



身体障害者（児）及び難病患者等の体の不自由なところを補い、日常生活や職場での作業を容易にするために、必要な補装具の購入、修理に係る費用の一部を公費で負担します。

※ 必ず購入・修理の前にご相談ください。

|       |                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳を持っている方及び難病患者等 障害者本人又は配偶者の市町村民税所得割の税額が46万円以上の場合は、対象となりません                  |
| 費 用   | 費用の1割が原則として自己負担となります ただし所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようにしています                      |
| 手 続   | 証明となるもの（身体障害者手帳、難病患者と証明できるもの）、意見書、世帯の課税状況を証明できるもの、個人番号（マイナンバー）が確認できるもの及び本人確認できるもの |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173                                                         |
| 備 考   | 介護保険法などの対象とならない場合に限りです                                                            |

#### <補装具の種類>

| 障 害 名         | 種 類                                                    |
|---------------|--------------------------------------------------------|
| 肢 体 不 自 由     | 義手、義足、装具、車椅子、電動車椅子、歩行器、姿勢保持装置、歩行補助つえ（一本杖を除く）、車載用姿勢保持装置 |
| 視 覚 障 害       | 視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡                                        |
| 聴 覚 ・ 言 語 障 害 | 補聴器                                                    |
| 肢体不自由かつ言語障害   | 重度障害者用意思伝達装置                                           |
| 肢体不自由（18歳未満）  | 起立保持具、排便補助具                                            |

### スポーツ仕様補装具購入費の補助



身体障害者がスポーツをするために必要となるスポーツ仕様補装具の購入費用の一部を補助します。

※ 必ず購入する前にご相談ください。

|       |                                                   |
|-------|---------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳を持っている方で、障害者スポーツで補装具が必要となる方 ただし、所得制限等があります |
| 費 用   | 購入に要した費用の9割を補助します ただし、10万円を限度とします                 |
| 手 続   | 身体障害者手帳、スポーツ仕様補装具の見積書、印かん、世帯の課税状況を証明できるもの         |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173                         |

#### <スポーツ仕様補装具の種類>

| 障 害 名     | 種 類                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 肢 体 不 自 由 | 陸上競技レース用車椅子、陸上競技スポーツ用義足・義手、車椅子テニス用車椅子、車椅子バスケットボール用車椅子、アイススレッジホッケー用スレッジ、自転車競技用3輪自転車、アルペンスキー用チェアスキー、アルペンスキー用アウトリガー、電動車椅子サッカー用バンパー、ウィルチェアーラグビー用車椅子、車椅子卓球用車椅子 |
| 視 覚 障 害   | 自転車競技用タンデム自転車                                                                                                                                             |

## 日常生活用具の給付



日常生活がより円滑に過ごせるよう必要に応じて、日常生活用具が給付されます。

※ 必ず購入する前にご相談ください。

|     |                                                                                                      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 費 用 | 費用の1割が原則として自己負担となります ただし所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようにになっています                                       |
| 手 続 | 証明となるもの(身体障害者手帳、難病患者と証明できるもの)、世帯の課税状況を証明できるもの、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの                        |
| 窓 口 | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                                            |
| 備 考 | 障害者(難病患者)本人又は配偶者(障害児の場合は世帯全員)のうち、市町村民税所得割の最多納税者の税額が46万円以上の方がいる場合は、対象となりません また、介護保険法などの対象とならない場合に限ります |

### <障害児(者)>

| 種目            | 品 目                 | 利用できる方                                                                                   | 備 考            |
|---------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 在宅介護・在宅訓練支援用具 | 特殊寝台                | 下肢・体幹機能障害2級以上                                                                            | 18歳以上          |
|               | 特殊マット               | 下肢・体幹機能障害2級以上                                                                            | 原則として3歳以上      |
|               | 特殊尿器                | 下肢・体幹機能障害1級(常時介護を要する者に限る)                                                                | 原則として学齢児以上     |
|               | 体位変換器               | 下肢・体幹機能障害2級以上(下着交換等に当たって家族等他人の介助を要する者に限る)                                                | 原則として3歳以上      |
|               | 移動用リフト              | 下肢・体幹機能障害2級以上                                                                            | 原則として3歳以上      |
|               | 訓練いす(児のみ)           | 下肢・体幹機能障害2級以上の児童                                                                         | 原則として3歳以上      |
|               | 訓練用ベッド(児のみ)         | 下肢・体幹機能障害2級以上の児童                                                                         | 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・体幹機能障害(入浴に介助を要する者に限る)                                                                 | 原則として3歳以上      |
|               | 便器                  | 下肢・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               | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者のうち、てんかんの発作等により頻繁に転倒するもの                                     |                |
|               | T字状・棒状のつえ           | 平衡機能・下肢・体幹機能障害(家庭内の移動等において介助を必要とする者に限る)                                                  | 原則として3歳以上      |
|               | 移動・移乗支援用具           |                                                                                          |                |
|               | 特殊便器                | 上肢機能障害2級以上又は療育手帳A以上(訓練を行っても自ら排便後の処理が困難な者に限る)                                             | 原則として学齢児以上     |
|               | 火災警報器               | 単身世帯又は(視覚障害者にあつては単身世帯及びこれに準ずる世帯)障害者のみの世帯における身体障害者手帳2級以上又は療育手帳A以上の方で、火災発生の感知及び避難が著しく困難なもの | 1世帯につき2台を限度とする |
|               | 自動消火器               |                                                                                          |                |
|               | 電磁調理器               | 視覚障害2級以上の者(視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯の者に限る)                                                    |                |
|               | 歩行時間延長信号機用小<br>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        | 聴覚障害2級以上の方(聴覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯で日常生活上給付の必要があると認められる者に限る)                                 |                |

| 種目          | 品 目                      |        | 利用できる方                                                         | 備 考                       |  |
|-------------|--------------------------|--------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| 在宅療養等支援用具   | 透析液加温器                   |        | じん臓機能障害3級以上の者（自己連続携帯式腹膜かん流法による透析療法を行う者に限る）                     | 原則として3歳以上                 |  |
|             | ネブライザー                   |        | 呼吸器機能障害3級以上又は気管切開等による同程度の身体障害者のうち使用が必要と認められるもの                 | 原則として学齢児以上                |  |
|             | 電気式たん吸引器                 |        |                                                                |                           |  |
|             | 発電機                      |        | 呼吸器機能障害 3 級以上又は気管切開等による同程度の身体障害者のうち電気式たん吸引器等を使用しているもの          |                           |  |
|             | 視覚障害者用体温計(音声式)           |        | 視覚障害2級以上の者（視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯の者に限る）                          | 原則として学齢児以上                |  |
|             | 視覚障害者用体重計(音声式)           |        |                                                                |                           |  |
|             | 視覚障害者用血圧計(音声式)           |        |                                                                |                           |  |
|             | 酸素ボンベ運搬車                 |        | 医療保険における在宅酸素療法を行う者                                             | 原則として3歳以上                 |  |
|             | 動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) |        | 呼吸器機能障害3級以上又は心臓機能障害3級以上のもので、人工呼吸器の装着を必要とする者                    |                           |  |
| 情報・意思疎通支援用具 | 携帯用会話補助装置                |        | 音声言語機能障害者又は肢体不自由者（発声・発語に著しい障害を有する者に限る）                         | 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級以上又は視覚障害2級以上の者                                         |                           |  |
|             | 防災ラジオ                    |        | 視覚障害2級以上の者                                                     |                           |  |
|             | 点字ディスプレイ                 |        | 視覚障害2級以上の者                                                     |                           |  |
|             | 点字器                      | 標準型    | 32 マス 18 行両面書真鍮板製                                              | 視覚障害者                     |  |
|             |                          |        | 32 マス 18 行両面書プラスチック製                                           |                           |  |
|             |                          | 携帯用    | 32 マス4行片面書アルミニウム製                                              |                           |  |
|             |                          |        | 32 マス4行片面書プラスチック製                                              |                           |  |
|             | 点字タイプライター                |        | 視覚障害2級以上で、原則として就労若しくは就学している者又は就労が見込まれる者                        |                           |  |
|             | DAISY図書再生機               |        | 視覚障害4級以上の者                                                     |                           |  |
|             | 視覚障害者ポータブルレコーダー          |        | 視覚障害2級以上の者                                                     | 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          |        |                                                                |                           |  |
|             | 視覚障害者用読書器                |        | 視覚障害者で本装置により文字等を読むことが可能になる者                                    | 原則として学齢児以上                |  |
|             | 視覚障害者用時計                 |        | 視覚障害2級以上の者                                                     |                           |  |
|             | 聴覚障害者用通信装置               |        | 聴覚障害又は発声発語に著しい障害を有する者（コミュニケーション、緊急連絡等の手段として給付の必要があると認められる者に限る） | 原則として学齢児以上                |  |
|             | 聴覚障害者用情報受信装置             |        | 聴覚障害者で本装置によりテレビの視聴が可能になる者                                      |                           |  |
|             | 人工喉頭                     | 笛式     | 喉頭を摘出した者                                                       |                           |  |
|             |                          | 電動式    |                                                                |                           |  |
|             | 人工鼻                      |        | 喉頭を摘出した者で、埋込型の人工喉頭を常時使用するもの                                    |                           |  |
|             | 人工内耳用電池                  | 使い切り電池 | 聴覚障害者で人工内耳を装用しているもの                                            | 充電池及び充電器は、使い切り電池と併せて給付しない |  |
|             |                          | 充電池    |                                                                |                           |  |
|             |                          | 充電器    |                                                                |                           |  |
|             | 点字図書                     |        | 主に、情報の入手を点字によっている視覚障害者                                         |                           |  |
|             | 点字新聞                     |        |                                                                |                           |  |

※ 情報・通信支援用具とは、障害者向けのパーソナルコンピュータ周辺機器や、アプリケーションソフト等をいう。

| 種目         | 品 目     |      | 利用できる方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|------------|---------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 排せつ管理支援用具  | ストーマ用装具 | 消化器系 | ぼうこう又は直腸機能障害者又は小腸機能障害者のうちストーマ造設者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
|            |         | 尿路系  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
|            | 紙おむつ等   |      | 3才以上であって次のいずれかに該当する者<br>ア 治療によって軽快の見込のないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん若しくはストーマの変形のためストーマ用装具を装着することができない者、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害若しくは高度の排便機能障害のある者又は先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者で、紙おむつ等の用具類を必要とする者<br>イ 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難な者で、医師の診断により紙おむつ等の用具類を必要とするもの<br>ウ 下肢、体幹機能障害2級以上の者のうち、尿意若しくは便意を感じないため、又は尿意若しくは便意を伝えることができないために尿失禁等があり紙おむつ等の用具類を必要とする者。ただし、次に掲げる要件を満たす者に限る<br>(ア) 在宅において生活する者であること<br>(イ) 当該年度分（4月から6月までの間にあっては、前年度分）の市町村民税を課されない世帯に属する者であること<br>(ウ) 水戸市家族介護用品等支給事業の対象とならない者であること |            |
|            | 収尿器     | 男性用  | 普通型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 高度の排尿機能障害者 |
|            |         |      | 簡易型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |
|            | 女性用     | 普通型  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
|            |         | 簡易型  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
| 居宅生活動作補助用具 |         |      | 下肢、体幹機能障害又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）を有する者であって障害等級3級以上の者（ただし、特殊便器への取替えをする場合は上肢機能障害2級以上の者に限る）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |

<難病患者等>（介護保険・障害者施策の対象者を除きます）

| 品 目                      | 利 用 で き る 方                            |
|--------------------------|----------------------------------------|
| 便 器                      | 常時介助を要する者                              |
| 特 殊 マ ッ ト                | 寝たきりの状態にある者                            |
| 特 殊 寝 台                  |                                        |
| 特 殊 尿 器                  | 自力で排尿できない者                             |
| 体 位 変 換 器                | 寝たきりの状態にある者                            |
| 入 浴 補 助 用 具              | 入浴に介助を要する者                             |
| 歩 行 支 援 用 具              | 下肢が不自由な者                               |
| 電 気 式 た ん 吸 引 器          | 呼吸器機能に障害のある者                           |
| ネ ブ ラ イ ザ ー              | 呼吸器機能に障害のある者                           |
| 発 電 機                    | 呼吸器機能に障害のある者のうち、電気式たん吸引器等を使用しているもの     |
| 移 動 用 リ フ ト              | 下肢又は体幹機能に障害のある者                        |
| 居 宅 生 活 動 作 補 助 用 具      |                                        |
| 特 殊 便 器                  | 上肢機能に障害のある者                            |
| 訓 練 ベ ッ ド                | 下肢又は体幹機能に障害のある者                        |
| 自 動 消 火 器                | 火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯 |
| 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | 人工呼吸器の装着が必要な者                          |

## 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付

日常生活がより円滑に過ごせるように必要に応じて、日常生活用具が給付されます。

|     |                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------|
| 費 用 | 世帯の課税状況に応じて一部自己負担があります                                           |
| 手 続 | 小児慢性特定疾病医療受給者証、印かん、世帯の課税が証明できるもの、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの |
| 窓 口 | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                        |
| 備 考 | 必要と思われる場合は購入する前に必ずご相談ください                                        |

### <小児慢性特定疾病児童等>

| 品 目                 | 利 用 で き る 方                                   |
|---------------------|-----------------------------------------------|
| 便 器                 | 常時介助を要する者                                     |
| 特 殊 マ ッ ト           | 寝たきりの状態にある者                                   |
| 特 殊 便 器             | 上肢機能に障害のある者                                   |
| 特 殊 寝 台             | 寝たきりの状態にある者                                   |
| 歩 行 支 援 用 具         | 下肢が不自由な者                                      |
| 入 浴 補 助 用 具         | 入浴に介助を要する者                                    |
| 特 殊 尿 器             | 自力で排尿ができない者                                   |
| 体 位 変 換 器           | 寝たきりの状態にある者                                   |
| 車 椅 子               | 下肢が不自由な者                                      |
| 頭 部 保 護 帽           | 発作等により頻繁に転倒する者                                |
| 電 気 式 た ん 吸 引 器     | 呼吸器機能に障害のある者                                  |
| ク ー ル ベ ス ト         | 体温調節が著しく難しい者                                  |
| 紫 外 線 カ ッ ト ク リ ー ム | 紫外線に対する防御機能が著しく欠けるため、がん又は神経障害を起こすことがある者       |
| ネ ブ ラ イ ザ ー         | 呼吸器機能に障害のある者                                  |
| パルスオキシメーター          | 人工呼吸器の装着が必要な者                                 |
| ストーマ装具(蓄便袋)         | 人工肛門を増設した者                                    |
| ストーマ装具(蓄尿袋)         | 人工膀胱を増設した者                                    |
| 人 工 鼻               | 人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者                           |
| チ ュ ー ブ 型 包 帯       | 皮膚疾患群に罹患しており、軽微な外力により水疱、びらんその他の皮膚障害を起こすことがある者 |



## 5. その他の地域生活支援

### 地域活動支援センター

障害のある方が地域で自立した生活が送れるよう、通所による創作的活動・生産活動、社会との交流促進などの機会を提供します。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 障害のある方で、次の要件のいずれかに該当する方 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳の交付を受けている方</li> <li>・ 療育手帳の交付を受けている方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証（精神通院に限る）の交付を受けている方</li> <li>・ 難病による医療受給者証等の交付を受けている方</li> </ul>                                                           |
| 費 用   | 無料（ただし、実施機関により別途活動費等の自己負担あり）                                                                                                                                                                                                                                              |
| 実施機関  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 水戸市精神障害者地域生活支援センターかさほら<br/>〒310-0852 水戸市笠原町 1370-1 電話：029-305-5851</li> <li>・ 地域活動支援センターディライトホーム<br/>〒311-4163 水戸市加倉井町 104 電話：029-254-7815</li> <li>・ 精神障害地域ケア研究所「風（FOO）」<br/>〒310-0902 水戸市渡里町 2844-5 電話：029-302-5385</li> </ul> |
| 問 合 せ | 障害福祉課 認定係 電話：029-350-8084                                                                                                                                                                                                                                                 |

### 訪問入浴サービス

日常生活のほとんどに介護を要する重度の身体障害者の方で、自宅での入浴が困難と認められる方に、訪問入浴サービスを行います。（医師が入浴を可能と認めること等が必要です。）

|       |                                                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳を所持する 18 才以上（成人と同様の体格を有する障害児を含む）の在宅の方で、居宅での入浴及び身体障害者デイサービスセンターの通所入浴サービスを利用することが困難な方 |
| 利用回数  | 週 1 回                                                                                      |
| 窓 口   | 障害福祉課 認定係 電話：029-350-8084                                                                  |

## 生活訓練事業

在宅で主に知的に障害のある方の社会参加促進のため、通所により生活技術の訓練や余暇活動などを行います。

|       |                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 療育手帳を所持する18才以上の在宅の方で、生活介護を利用していない方<br>(市内の単独移動が可能で集団活動に参加できる方) |
| 費 用   | 無料 ※ ただし、食費、活動費などが実費負担となります。                                   |
| 実 施 日 | 土・日曜のいずれか ※ 詳細は窓口施設にお問合せください。                                  |
| 窓 口   | 水戸市知的障害者就労支援施設「はげみ」<br>電話:029-307-4051 FAX:029-307-4403        |

## 中途失明者緊急生活訓練

視覚障害により日常生活に支障をきたしている方に対し、自立更生・社会参加の促進を図るため必要な相談・指導訓練を行います。

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| 指導内容 | コミュニケーション技術、白杖歩行技術、日常生活動作技術、情報支援機器等 |
| 実施機関 | 茨城県立視覚障害者福祉センター 電話:029-221-0098     |
| 窓 口  | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084           |

## 日中一時支援事業

介護者の方が、一時的に外出・休息をするために、心身障害者(児)を日中に一時的に施設に預けることができます。

|     |                                                                         |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 一時預かり                                                                   |
| 費 用 | ・ 費用の1割が原則として自己負担となります(ただし課税状況等に応じた負担軽減があります)<br>・ 利用料のほか食費などは実費負担となります |
| 手 続 | 障害者手帳、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの                                   |
| 窓 口 | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084                                               |
| 備 考 | 事前に水戸市に登録申請が必要 利用申込みは直接利用施設で行います                                        |

## グループ外出支援事業

障害者のグループが、スポーツやレクリエーション、各種イベントなどに参加するときの、外出支援を行う奉仕員を派遣します。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 水戸市に居住し、次に該当する18歳以上の方で構成するグループ等及び18歳未満の者であって障害児とその保護者等で構成するグループ等が、グループで外出するときに奉仕員の派遣が必要な方(ただし、施設入所者は除きます)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳の交付を受けている身体障害児者</li> <li>・ 療育手帳の交付を受けている知的障害児者</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている精神障害者</li> </ul> |
| 費 用   | 無料(ただし、奉仕員にかかる交通費、入場料等は負担していただきます)                                                                                                                                                                                                                          |
| 手 続   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事前にグループ登録が必要です</li> <li>手帳を持参の上、下記窓口にて申請してください</li> <li>・ 派遣依頼は、活動の1か月前までにしてください</li> </ul>                                                                                                                        |
| 窓 口   | 水戸市社会福祉協議会 ボランティアセンター<br>〒311-4141 水戸市赤塚1-1ミオス2階 電話:029-309-1011                                                                                                                                                                                            |
| 問 合 せ | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                                                                                                                                                                                                   |

## 移動支援事業

社会生活上必要不可欠な外出や、余暇活動等の社会参加のための外出の際に、移動支援員を派遣します。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 次に該当する方のうち単独で外出することが困難で、移動支援員の派遣が必要と認められる方(ただし、重度訪問介護、行動援護、同行援護及び重度障害者等包括支援の対象者は除きます)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳の交付を受けている視覚障害児者</li> <li>・ 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている肢体不自由児者で、両上肢、両下肢又は体幹の機能の障害を有する方</li> <li>・ 療育手帳の交付を受けている知的障害児者</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証(精神通院に限る)の交付を受けている精神障害児者</li> </ul> |
| 費 用   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用料の1割が原則として自己負担となります(ただし課税状況等に応じた負担軽減があります)</li> <li>・ 支援員の交通費、入場料等も利用者負担となります</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| 手 続   | 障害者手帳、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 窓 口   | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 手話通訳者の設置

市役所に来庁する聴覚障害のある方のために手話通訳を行い、聴覚障害者の方々の便宜を図っています。

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 設置時間 | 午前8時30分～午後5時00分                            |
| 窓 口  | 障害福祉課 給付係 FAX:029-221-4447 電話:029-232-9173 |

## 手話通訳者及び要約筆記者の派遣

聴覚障害者が生活上、コミュニケーションに不便をきたすとき（病院や学校などに行くとき）、手話通訳者や要約筆記者を派遣します。また、市議会本会議を傍聴するとき、手話通訳者を派遣します。※宗教団体活動、営業活動、政治活動に関する派遣はいたしません。

|       |                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 水戸市に居住する聴覚障害者                                                                                                                                                                                                                           |
| 手 続   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 直接窓口で、又は FAX・電話・郵便で申込みできます（1 週間前位までに）</li> <li>※ FAX は 24 時間受信しますが、返事は翌日以後となります</li> <li>・ 氏名、住所、FAX・電話番号、派遣希望日時、派遣場所、手話が要約筆記の別、用件、待合せ場所をご連絡ください</li> <li>・ 手話通訳者、要約筆記者が決まったらご連絡します</li> </ul> |
| 派遣時間  | 午前9時～午後5時、土・日・祝日についても派遣します<br>緊急の場合は時間外にも派遣します                                                                                                                                                                                          |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 FAX:029-221-4447 電話:029-232-9173                                                                                                                                                                                              |
| 備 考   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市議会本会議の傍聴の場合、議会事務局へお問合せください<br/>FAX:029-226-4177 電話:029-224-1111（内線）6511・6512</li> <li>・ 趣味・娯楽等に関する時は、水戸市社会福祉協議会ボランティアセンターにご相談ください FAX:029-309-1139 電話:029-309-1011</li> </ul>                 |

## 盲ろう者向け通訳・介助員及び失語症者向け意思疎通支援者の派遣

水戸市内に居住する、視覚と聴覚に重複して障害のある方（盲ろう者）や、言語に障害のある方（失語症者）が、家庭や社会でのコミュニケーションを図れるように、盲ろう者向け通訳・介助員及び失語症者向け意思疎通支援者を無料で派遣します。また、利用するためには利用者登録が必要です。詳細は下記の窓口へお問い合わせください。

※ 宗教団体活動、営業活動、政治活動に関する派遣はいたしません。

|     | 盲ろう者向け通訳・介助員                                                                                   | 失語症者向け意思疎通支援者                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 窓 口 | 茨城県立聴覚障害者福祉センター<br>「やすらぎ」<br>電話:029-248-0029<br>FAX:029-247-1369<br>※ 月曜日午後、火曜日、祝日、<br>年末年始は休館 | 茨城県言語聴覚士会<br>失語症者向け意思疎通支援事業<br><br>事務局<br>E-mail:ibaraken_st@yahoo.co.jp |

## 住宅改造費の助成

心身に重度の障害のある方の日常生活を容易にするため、台所、浴室、便所、寝室、玄関などの改造に要する費用を助成します。

|       |                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下肢・体幹機能障害1級・2級（個別障害等級）の方</li> <li>・ 療育手帳④の方で、改造の必要が認められる方</li> </ul> |
| 助 成 額 | 改造費用（30万円を限度）の10分の9を助成します<br>（ただし、介護保険制度の「住宅改修」、障害者日常生活用具給付事業の「居宅生活動作補助用具」の給付対象となる場合は、本制度を併用することはできません）       |
| 手 続   | 身体障害者手帳又は療育手帳、工事見積書、工事図面、課税証明書、印かん                                                                            |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173                                                                                     |
| 備 考   | 所得制限がありますので、改造工事前に必ず相談をしてください                                                                                 |

## 身体障害者補助犬（盲導犬、介助犬、聴導犬）の給付

社会参加と自立更生に効果があると認められる在宅の身体障害者に身体障害者補助犬を給付します。

|       |                                                                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 視覚障害1級又は2級の方（盲導犬）</li> <li>・ 肢体不自由1、2級又はこれに準ずる方（介助犬）</li> <li>・ 聴覚障害2級又はこれに準ずる方（聴導犬）</li> </ul> |
| 費 用   | 無料 ※ ただし、歩行訓練等期間中の食費及び交通費等、身体障害者補助犬の飼育管理等に伴う経費については、自己負担となります                                                                            |
| 窓 口   | 障害福祉課 認定係 電話：029-350-8084                                                                                                                |
| 備 考   | 必要と思われる場合は、事前にご相談ください                                                                                                                    |



## 災害時避難行動要支援者制度

水戸市では、災害対策基本法に基づき、高齢者や障害者など、在宅の方で、災害時に自力で避難することが困難なため、安否確認や避難支援など必要とする方の名簿を作成しています。大地震や大型台風の上陸などの被害が予想される災害時に、名簿に登録した方を優先して安否確認などを行います。

なお、透析患者の方は、災害時に避難先での透析実施医療機関の調整を早急に行う必要があるため、避難行動要支援者の名簿登録をお願いします。

名簿への登録を希望される方は、窓口にお問合せください。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険の要介護2以上の方</li> <li>・ 身体障害者手帳(1・2級)の交付を受けている方</li> <li>・ 療育手帳(㊤・A)の交付を受けている方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳(1・2級)の交付を受けている方</li> <li>・ 75歳以上のひとり暮らしの方</li> <li>・ 市の支援を受けている難病患者の方のうち、在宅で生活されている方</li> </ul> |
| 窓 口   | 福祉総務課 電話:029-232-9169                                                                                                                                                                                                                           |

## NET119（緊急位置通報システム）

言語機能等に障害のある方が、外出先で突然、病気や不慮の事故にあった場合に、GPS機能付携帯電話を操作し、消防本部へ助けを求めることができます。

|       |                                                                                                                     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聴覚・平衡及び音声・言語・そしゃく機能障害による言語機能障害を有する方</li> <li>・ 脳性麻痺による構音障害を有する方</li> </ul> |
| 手 続   | 身体障害者手帳、GPS機能付携帯電話、印かん                                                                                              |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                                                           |



## 6. 年金と手当

### 障害基礎年金



障害基礎年金は、国民年金に加入中（もしくは60歳以上65歳未満で日本に住んでいる）、又は、20歳前に初診日があり、法に定める障害の状態になった時に支給されます。

ただし国民年金に加入中の場合は、初診日の前日において、初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間の3分の2以上の期間について、保険料が納付もしくは免除されていること、又は初診日のある月の前々月までの1年間に保険料の未納がないことが必要です。

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の等級と障害基礎年金の等級は異なります。

|      |                                                                                                               |                 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 年金の額 | 1級                                                                                                            | 1,059,125 円（年額） |
|      | 2級                                                                                                            | 847,300 円（年額）   |
| 支給方法 | 2・4・6・8・10・12 月の6回に分けて振り込みます                                                                                  |                 |
| 窓 口  | 国保年金課 国民年金係 電話：029-232-9529（直通）                                                                               |                 |
| 備 考  | <p>詳細はお問い合わせください。また、予約相談を行っています。相談希望日の1か月前～前日までに、お電話でお申し込みください。</p> <p>※土日祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）は実施していません。</p> |                 |

### 水戸市心身障害児（者）福祉手当



水戸市に1年以上居住する心身に重度の障害のある方に支給します。

※手当は、申請し、認定されなければ支給されませんのでご注意ください。

| 対 象 等 級          |                                                    | 支給月額    | 支給方法               |
|------------------|----------------------------------------------------|---------|--------------------|
| 身体障害者手帳1級・2級     |                                                    | 3,500 円 | 年2回<br>3月、9月(口座振込) |
| 療育手帳④、A          |                                                    |         |                    |
| 身体障害者手帳3級かつ療育手帳B |                                                    |         |                    |
| 身体障害者手帳3級        |                                                    | 3,000 円 |                    |
| 療育手帳B            |                                                    |         |                    |
| 20 歳未満で身体障害者手帳4級 |                                                    |         |                    |
| 20 歳未満で療育手帳C     |                                                    |         |                    |
| 支給制限             | ・ 障害児福祉手当、特別障害者手当などの支給を受けている場合<br>・ 福祉施設等に入所している場合 |         |                    |
| 手 続              | 手帳、本人名義の預金通帳、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの       |         |                    |
| 窓 口              | 障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053                          |         |                    |



諸手当は、申請し、認定されなければ、支給されませんのでご注意ください。

## 特別児童扶養手当



心身又は精神に障害のある 20 歳未満の児童を家庭で養育している保護者の方に支給されます。  
※手当は、申請し、認定されなければ支給されませんのでご注意ください。

|      | 対 象 の 障 害                                                                                | 支給月額     | 支給方法                      |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------|
| 1級   | 身体障害者手帳Ⅰ級・Ⅱ級及びⅢ級の一部<br>療育手帳④・A、精神障害者保健福祉手帳Ⅰ級<br>同程度の障害のある児童                              | 58,450 円 | 年3回<br>4・8・11 月<br>(口座振込) |
| 2級   | 身体障害者手帳Ⅲ級及びⅣ級の一部<br>療育手帳B、精神障害者保健福祉手帳Ⅱ級<br>同程度の障害のある児童                                   | 38,930 円 |                           |
| 支給制限 | ・ 児童が児童福祉施設等に入所している場合<br>・ 児童が障害による公的年金を受給できる場合<br>・ 前年の所得が一定額以上の場合(支給停止)                |          |                           |
| 手続   | 手帳、戸籍謄本、診断書、<br>振込先口座申出書(金融機関の証明印、又は振込口座の通帳の写しが必要で<br>す)、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの |          |                           |
| 窓口   | 障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053                                                                |          |                           |
| 備考   | 診断書は省略できる場合がありますので、お問合せください                                                              |          |                           |

## 特別障害者手当



心身又は精神の障害が、重複又は著しく重度の状態にあるため日常生活において常に特別の介護を必要とする 20 歳以上の方に支給されます。

※手当は、申請し、認定されなければ支給されませんのでご注意ください。

| 対 象 者                           | 支給月額                                                                                                                              | 支給方法                    |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 在宅で重度の障害が重複している等により特別の介護を必要とする方 | 30,450 円                                                                                                                          | 年4回<br>2・5・8・11 月(口座振込) |
| 支給制限                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉施設等に入所している場合</li> <li>・ 病院等に3か月を超えて入院している場合</li> <li>・ 前年の所得が一定額以上の場合(支給停止)</li> </ul> |                         |
| 手 続                             | 手帳、診断書、年金証書または年金振込通知書、本人名義の預金通帳、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの                                                                   |                         |
| 窓 口                             | 障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053                                                                                                         |                         |

## 障害児福祉手当



心身又は精神に著しく重度の障害があるため、日常生活において常に介護を必要とする 20 歳未満の方に支給されます。

※手当は、申請し、認定されなければ支給されませんのでご注意ください。

| 対 象 者                                      | 支給月額                                                                                                                               | 支給方法                      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 身体障害者手帳Ⅰ級程度の方<br>療育手帳④程度の方<br>又は同程度の精神障害の方 | 16,560 円                                                                                                                           | 年 4 回<br>2・5・8・11 月（口座振込） |
| 支給制限                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害を支給事由とする年金を受給できる場合</li> <li>・ 福祉施設等に入所している場合</li> <li>・ 前年の所得が一定額以上の場合（支給停止）</li> </ul> |                           |
| 手 続                                        | 手帳、診断書、本人名義の預金通帳、個人番号（マイナンバー）が確認できるもの及び本人確認できるもの                                                                                   |                           |
| 窓 口                                        | 障害福祉課 管理係 電話：029-350-8053                                                                                                          |                           |

## 児童扶養手当

父母の離婚等により父又は母と生計をともにしていない児童の母又は父、あるいは父母にかわってその児童を養育している方に支給されます。

※手当は、認定請求した日の属する月の翌月分から支給されます。

| 支給の対象となる児童                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        | 支給金額              |  | 支給方法                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|---------------------------------------|
| ・父母が婚姻を解消した児童<br>・父又は母が死亡した児童<br>・父又は母が法令に定める障害の状態にある児童<br>・父又は母の生死が明らかでない児童<br>・父又は母が引続き1年以上遺棄している児童<br>・父又は母が裁判所からDV保護命令を受けた児童<br>・父又は母が引続き1年以上刑務所等に拘禁されている児童<br>・母が婚姻によらないで生まれた児童<br>・父母が明らかでない児童 | 支 給 区 分                                                                                                                                | 児童1人の場合の月額        |  | 年 6 回<br>5・7・9・11・<br>1・3 月<br>(口座振込) |
|                                                                                                                                                                                                      | 全 部 支 給                                                                                                                                | 48,050 円          |  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                      | 一 部 支 給                                                                                                                                | 48,040 円～11,340 円 |  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                      | 全部支給停止                                                                                                                                 | 0 円               |  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                      | ※2人目以降、加算があります                                                                                                                         |                   |  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                      | 受給資格者、その配偶者又は同居(住所地で世帯分離している世帯を含みます)の扶養義務者(父母・祖父母・子・兄弟・姉妹など)の前年の所得がそれぞれ所得制限限度額以上であるときは、その年度(11月から翌年の10月まで)の <u>手当の全部又は一部が支給停止となります</u> |                   |  |                                       |
| 手当を受けられない場合                                                                                                                                                                                          | 児童が児童福祉施設等(通園施設を除く)に入所している場合など                                                                                                         |                   |  |                                       |
| 公的年金や遺族補償等を受給している場合                                                                                                                                                                                  | 受給資格者又は児童が公的年金や遺族補償等を受給している場合、あるいは児童が公的年金の加算の対象となった場合は、児童扶養手当の <u>全部又は一部が支給停止となります</u>                                                 |                   |  |                                       |
| 窓 口                                                                                                                                                                                                  | こども政策課 電話:029-232-9176                                                                                                                 |                   |  |                                       |
| 備 考                                                                                                                                                                                                  | 手続については、こども政策課にご相談ください                                                                                                                 |                   |  |                                       |

## 心身障害者扶養共済制度



心身障害児(者)の将来に対し、保護者のいづく不安の軽減を図ることを目的とし、保護者が毎月掛金を納入して、保護者に万一のことがあった場合に残された障害児(者)に終身年金を支給する制度です。

|        |                                                                                                                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保護者の要件 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加入年の4月1日現在、年齢が65歳未満であること</li> <li>・ 特別の疾病又は障害がなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること</li> <li>・ 障害のある方に対して、加入できる保護者は1人であること</li> </ul> |
| 対 象 者  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療育手帳を所持する方</li> <li>・ 身体障害者手帳を所持し、その等級が1～3級までに該当する方</li> <li>・ 精神又は身体に永続的な障害のある方で、上記の障害と同程度の障害と認められる方</li> </ul>         |
| 掛 金    | 1口 9,300 円～23,300 円(月額、加入者の年齢に応じて金額が異なります)<br>※ 2口加入の場合は倍額                                                                                                        |
| 給 付 金  | 加入者が死亡又は重度障害となったときは、1口につき、月 20,000 円の年金が支給されます。また、子が死亡した場合は、加入期間に応じ弔慰金が支給されます。(加入1年未満支給なし) なお、給付金(脱退一時金を除く)については、所得税はかかりません。                                      |
| 手 続    | 住民票(保護者、障害児(者)、年金管理者)、手帳、印かん、加入等申込書、障害証明書、申込者告知書、年金管理者指定届書                                                                                                        |
| 窓 口    | 障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053                                                                                                                                         |

## 水戸市難病患者見舞金



水戸市に1年以上居住する難病患者に支給します。

※ 見舞金は、申請し、認定されなければ支給されませんのでご注意ください。

| 対 象 者                                       | 支給月額                                                                                                                        | 支給方法     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 茨城県が発行した指定難病特定医療費受給者証又は一般特定疾患医療受給者証を所持している方 | 3,000 円                                                                                                                     | 4月(口座振込) |
| 支給制限                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市心身障害児(者)福祉手当、特別障害者手当、障害児福祉手当などの支給を受けている場合</li> <li>・ 現況届を提出しない場合(支給停止)</li> </ul> |          |
| 手 続                                         | 茨城県が交付する一般特定疾患医療受給者証又は指定難病特定医療費受給者証の写し、本人名義の預金通帳、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの                                            |          |
| 窓 口                                         | 障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053                                                                                                   |          |
| 備 考                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3月の現況届の提出後、年度分をまとめて4月に支給します</li> <li>・ 医療費の制度については26ページを参照してください</li> </ul>        |          |

## 7. 保健と医療

### 医療福祉費支給制度（マル福制度）～重度心身障害者・児～



病院などで診療を受けた場合に支払う医療費の自己負担分を助成する制度です。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳1級・2級・3級（3級は内部障害に限る）の方</li> <li>・ 療育手帳㊦、Aの方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳1級の方</li> <li>・ 障害年金（身体障害、知的障害又は精神障害による）の1級を受給している方</li> <li>・ 特別児童扶養手当の1級を受給している方</li> <li>・ 身体障害者手帳3級、4級かつ精神障害者保健福祉手帳2級の方</li> <li>・ 精神障害者福祉手帳2級かつ療育手帳B判定（IQ50 以下）の方</li> <li>・ 身体障害者手帳3級、4級かつ療育手帳B判定（IQ50 以下）の方</li> </ul> |
| 所得制限  | 本人及び扶養義務者の所得が一定額未満である場合に助成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 手 続   | <p>健康保険情報のわかるもの（資格確認書、資格情報のお知らせ）、手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）又は証書（障害年金の証書、特別児童扶養手当の証書）</p> <p>※ 障害年金をもとに本人以外の方が申請する場合には、障害年金の資格確認のための委任状が必要になる場合があります</p> <p>※ 手帳複合判定の方で療育手帳B判定の方は、IQ 照会に係る同意書又は判定結果書が必要となります</p>                                                                                                                               |
| 窓 口   | 国保年金課 医療給付係 電話：029-232-9166                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 備 考   | <p>※ 県外の病院での受診や補装具購入等の場合は一時立替払いをし、後日領収書等を添付の上、申請してください</p> <p>※ 65 歳以上の方は、後期高齢者医療制度への加入が要件となります</p>                                                                                                                                                                                                                                             |

### 障害認定による後期高齢者医療の受給資格



一定の障害がある65歳以上75歳未満の方は、申請して、後期高齢医療広域連合の認定を受けると、後期高齢者医療制度の被保険者となり、現役並み所得者の方は「3割」、一定以上所得のある方は「2割」、それ以外の方は「1割」の自己負担で医療を受けることができます。

|       |                                                                                                                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国民年金法における障害年金1級又は2級の方</li> <li>・ 身体障害者手帳1級～3級の方</li> <li>・ 身体障害者手帳4級の音声又は言語機能障害、下肢障害の1号、3号又は4号の方</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳1級、2級の方</li> <li>・ 療育手帳㊦又はAの方</li> </ul> |
| 手 続   | <p>健康保険情報のわかるもの（資格確認書、資格情報のお知らせ）、手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳）又は障害状態を明らかにする書類（年金証書等）</p> <p>※ 本人以外の申請の際は下記まで御連絡ください</p>                                                                                      |
| 窓 口   | 国保年金課 後期高齢者医療係 電話：029-232-9528（直通）                                                                                                                                                                       |
| 備 考   | 既に後期高齢者医療制度の被保険者である方は、この手続をする必要はありません                                                                                                                                                                    |

## 自立支援医療（更生医療）



障害程度を軽くしたり、残された機能を回復することを目的とした手術等を受ける場合、必要な医療費を公費で負担します。

|     |                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 身体障害者手帳を交付された 18 歳以上の方で角膜移植術、関節形成術、心臓手術、人工透析、外耳道形成術、じん移植術、肝移植術、抗HIV療法などの医療を受ける方                    |
| 費用  | 医療費の1割が原則として自己負担となります<br>さらに所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようにしています                                   |
| 手続  | 身体障害者手帳、市町村民税(非)課税証明書、印かん、健康保険情報のわかるもの(資格確認書、資格情報のお知らせ)、指定医療機関の意見書、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの |
| 窓口  | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                                          |

※ 印かんについて:障害者本人が窓口で申請書を記入する場合は不要です。

## 自立支援医療（育成医療）



身体に障害がある方の障害の除去手術等により確実な治療効果が期待できるものにかかる医療費を公費で負担します。

|     |                                                                                            |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 18歳未満で下記の障害に該当する児童 ※ 視覚、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能、肢体不自由、心臓・じん臓・その他内臓疾患 等                      |
| 費用  | 医療費の1割が原則として自己負担となります<br>さらに所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようにしています                           |
| 手続  | 市町村民税(非)課税証明書、健康保険情報のわかるもの(資格確認書、資格情報のお知らせ)、印かん、指定医療機関の意見書、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの |
| 窓口  | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                                  |

※ 印かんについて:障害者本人が窓口で申請書を記入する場合は不要です。

## 自立支援医療（精神通院）



精神疾患の治療のために医療機関へ通院する場合の医療費を公費で負担します。

|     |                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 精神疾患により通院医療を受けている方                                                                |
| 費用  | 登録された医療機関に通院する場合の自己負担が原則として1割負担になります<br>さらに所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようにしています   |
| 手続  | 診断書、印かん、健康保険情報のわかるもの(資格確認証、資格情報のお知らせ)課税状況を証明できるもの、個人番号(マイナンバー)が確認できるもの及び本人確認できるもの |
| 窓口  | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173                                                         |
| 備考  | 個人番号:健康保険の種類や加入状況によっては申請者以外の同一保険加入者の分も必要です<br>詳細についてはお問合せください                     |

※ 印かんについて:受診者本人が窓口で申請書を記入する場合は不要です。

## 身体障害者健康診査事業



常時車椅子を使用する身体障害者の方に対して、床ずれ、変形、ぼうこう機能障害等の発生を予防するために健康診査を実施します。

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 対 象 者   | 常時車椅子を使用している18歳以上40歳未満の在宅の方 |
| 診 査 項 目 | 問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、検尿等      |
| 実 施 回 数 | 年1回                         |
| 実施医療機関  | 水戸市医師会会員医療機関                |
| 費 用     | 無料                          |
| 窓 口     | 障害福祉課 認定係 電話:029-350-8084   |

## 指定難病特定医療費の助成



対象疾病(348疾病(令和8年4月1日時点))に罹患し、指定医療機関においてその治療をしていて、要件を満たす方に対し、医療費を助成します(所得に応じた自己負担があります)。

|       |                                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 指定難病に罹患している(国の定めた診断基準を満たす)方のうち、次の①または②のいずれかに該当する方<br>① 病状が一定の基準を満たす(国の定めた重症度分類を満たす)<br>② ①に該当しないが、申請の月を含めて過去12か月以内の医療費総額(10割)が33,330円を超える月が3回以上ある(軽症高額該当) |
| 窓 口   | 茨城県中央保健所 健康増進課 電話:029-244-2828<br>〒310-0852 水戸市笠原町993-2                                                                                                   |
| 備 考   | 詳細についてはお問合せください                                                                                                                                           |

## 小児慢性特定疾病医療の給付



小児慢性特定疾病医療費の支給対象となる疾病について、医療費の患者自己負担分の一部を公費で負担します。

|       |                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 対象疾病に罹患している18歳未満の児童(18歳に達する日前から小児慢性特定疾病医療費受給者証の交付を受けており、引続き治療が必要であると認められる場合は、20歳の誕生日前日まで) |
| 窓 口   | 子育て支援課 母子保健係 電話:029-350-1216                                                              |
| 備 考   | 詳細についてはお問合せください                                                                           |

※ 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付に関しては、13ページをご確認ください。

## 8. 公共施設及び交通機関の割引制度

### 利用料が免除される市の施設

利用方法：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等を持参してください。

※ 障害の種類及び等級によって、該当しない場合もあります。詳しくは各施設へお問合せください。

|      |                                                                                                                                             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設名  | 水戸サン・アビリティーズ(障害者教養文化体育施設)                                                                                                                   |
| 利用時間 | 平日：午前9時～午後9時 日曜日：午前9時～午後5時<br>休館日：毎週月曜日(祝日のときは翌日も)と祝日                                                                                       |
| 所在地  | 水戸市見川町 2563-705 電話：029-241-3232                                                                                                             |
| 施設名  | 水戸市小吹運動公園屋内プール(身障者プール)                                                                                                                      |
| 利用時間 | 水・金曜日：午後6時～午後9時<br>土曜日：午前10時～正午、午後1時～午後4時、午後6時～午後9時<br>日曜日：午前10時～正午、午後1時～午後4時<br>休館日：毎週月曜日(祝日または振替休日のときは翌日)、年末年始                            |
| 所在地  | 水戸市小吹町 820-1 電話：029-241-9121                                                                                                                |
| 施設名  | 水戸市植物公園                                                                                                                                     |
| 利用時間 | 午前9時～午後5時(入園は午後4時まで)<br>休園日：毎週月曜日(祝日または振替休日のときは翌日) 年末年始                                                                                     |
| 所在地  | 水戸市小吹町 504 電話：029-243-9311                                                                                                                  |
| 施設名  | 水戸市立博物館                                                                                                                                     |
| 利用時間 | 午前9時30分～午後4時45分<br>休館日：毎週月曜日、祝日(祝日が月曜日と重なる場合と展覧会会期中は開館)<br>年末年始                                                                             |
| 所在地  | 水戸市大町 3-3-20 電話：029-226-6521                                                                                                                |
| 施設名  | 水戸芸術館(現代美術ギャラリー、塔)                                                                                                                          |
| 利用時間 | 現代美術ギャラリー：午前10時～午後6時(ご入場は午後5時30分まで)<br>塔：平日午前9時30分～午後6時、土・日・祝日午前9時30分～午後7時<br>※ ただし悪天候の場合は営業を中止することがあります<br>休館日：毎週月曜日(祝日または振替休日のときは翌日)、年末年始 |
| 所在地  | 水戸市五軒町 1-6-8 電話：029-227-8111                                                                                                                |

## 県立施設入館料等の割引

各障害者手帳を所持している方は、以下の施設等において入館料や使用料等が減免されます。障害の種類及び等級によって、該当しない場合もありますので、詳しくは各施設でご確認ください。

|     |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設名 | 歴史館、近代美術館、偕楽園好文亭、弘道館、堀原運動公園、中央青年の家、フラワーパーク、砂沼広域公園、竜神大吊橋、里美野外活動センター、天心記念五浦美術館、陶芸美術館、洞峰公園、つくばエキスポセンター、国営ひたち海浜公園、県西総合公園、ミュージアムパーク茨城県自然博物館、茨城県営ライフル射撃場、港公園、鹿行生涯学習センター、大洗マリンタワー、アクアワールド大洗水族館、大洗公園、笠松運動公園、大子広域公園、さしま少年自然の家 |
| 問合せ | 各施設へお問合せください                                                                                                                                                                                                         |

## 市営駐車場の使用料の助成

心身に障害のある方が自動車を運転する場合、または家族等が運転する自動車に同乗する場合、水戸市営の駐車場で利用できるプリペイドカードを配布します。

|     |                                                                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | 水戸市に住所を有する、身体障害者手帳、療育手帳もしくは精神障害者保健福祉手帳の所持者で、自動車税が減免されている方                                                                               |
| 手続  | 障害者手帳(自動車税が減免されている自動車のナンバーが記載されたもの)                                                                                                     |
| 場所  | ・本町駐車場 ・五軒町地下駐車場 ・水戸駅南口広場駐車場 ・赤塚駅北口広場駐車場<br>・赤塚駅北口駐車場 ・赤塚駅南口広場駐車場 ・内原駅北口広場駐車場                                                           |
| 窓口  | 障害福祉課 管理係 電話：029-350-8053                                                                                                               |
| 備考  | ・プリペイドカードは自動車税の減免が開始された年度から交付します<br>・プリペイドカードの配布は1回に1枚ずつで年度内に2枚までです<br>・2枚目の交付申請の際は前回交付を受けたカードを使いきってお持ちください<br>使用済みのカードと交換で新しいカードを交付します |

## 市自転車等駐車場の使用料金の免除



心身に障害のある方が、水戸市の自転車等駐車場を使用する場合、使用料金が免除されます。

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| 対象者                 | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の所持者                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
| 手続                  | 上記の手帳を持参し、自転車等駐車場へ免除の申請をしてください                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
| 場所                  | <table border="0"> <tr> <td>・水戸駅北口地下自転車等駐車場</td><td>電話：029-228-3220</td></tr> <tr> <td>・水戸駅南口東棟及び西棟自転車等駐車場</td><td>電話：029-224-5140</td></tr> <tr> <td>・赤塚駅北口自転車等駐車場</td><td>電話：029-255-4108</td></tr> <tr> <td>・赤塚駅南口自転車等駐車場</td><td>電話：029-252-8381</td></tr> </table> | ・水戸駅北口地下自転車等駐車場 | 電話：029-228-3220 | ・水戸駅南口東棟及び西棟自転車等駐車場 | 電話：029-224-5140 | ・赤塚駅北口自転車等駐車場 | 電話：029-255-4108 | ・赤塚駅南口自転車等駐車場 | 電話：029-252-8381 |
| ・水戸駅北口地下自転車等駐車場     | 電話：029-228-3220                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
| ・水戸駅南口東棟及び西棟自転車等駐車場 | 電話：029-224-5140                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
| ・赤塚駅北口自転車等駐車場       | 電話：029-255-4108                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |
| ・赤塚駅南口自転車等駐車場       | 電話：029-252-8381                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                 |                     |                 |               |                 |               |                 |

## JR旅客運賃の割引



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がJR線を利用する場合、運賃が割引になります。

|       |                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者<br>※下表を参照してください        |
| 利用方法  | JR各駅の乗車券販売窓口到手帳を呈示してください<br>列車等をご利用の際にも必ず手帳をお持ちください |
| 問 合 せ | JR東日本お問い合わせセンター 電話:050-2016-1600                    |

| 適用範囲                          | 割引対象乗車券類                | 割引率 | 記 事                                              |
|-------------------------------|-------------------------|-----|--------------------------------------------------|
| 第1種障害者とその介護者                  | 普通乗車券<br>回数乗車券<br>普通急行券 | 50% | 私鉄等他鉄道会社線とまたがる場合を含みます<br>但し回数乗車券はJR線区間単独の発売となります |
| 第1種障害者とその介護者又は12歳未満の障害者とその介護者 | 定期乗車券(小児定期乗車券を除きます。)    | 50% | 私鉄等他鉄道会社線とまたがる場合を含みます<br>小児定期旅客運賃については割引を適用しません  |
| 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% | 営業キロが100キロを超える場合(私鉄線等他鉄道会社線にまたがる場合を含みます)         |

※ JR線と私鉄線等他の鉄道会社線をまたがる区間は、1枚で発売できる範囲があらかじめ決められています。

※ 障害者とその介護者がご利用になる場合は、同一区間の乗車券類の購入となります。

※ 精神障害者福祉手帳については、写真が貼付されている方が対象となります。

## 県内バス（路線）運賃の割引



身体障害者手帳、療育手帳を所持している方が路線バスを利用する場合、運賃が割引になります。

※ 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方についても、運賃が割引になる場合があります。

各運行会社にお問合せください。

| 適用範囲                | 種類             | 割引率                   | 利用方法                | 問合せ            |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| 第1種障害者<br>(本人及び介護者) | 普通乗車券<br>定期乗車券 | 各運行会社<br>が設定する<br>割引率 | 料金支払いのとき手帳を提示してください | 各運行会社へお問合せください |
| 第2種障害者<br>(本人のみ)    | 普通乗車券<br>定期乗車券 |                       | 料金支払いのとき手帳を提示してください |                |

## タクシー料金の割引



身体障害者手帳、療育手帳を所持している方がタクシーを利用する場合、料金が1割引になります。

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳又は療育手帳を所持している方       |
| 利用方法  | 料金支払いのとき手帳を提示してください         |
| 問 合 せ | 割引の詳細については、各タクシー会社へお問合せください |

## タクシー料金の助成（福祉タクシー券）



重度障害者が通院などでタクシーを利用する場合、料金の一部を助成します。

|       |                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳1級・2級の方</li> <li>療育手帳㊤・Aの方</li> <li>精神障害者保健福祉手帳1級・2級の方</li> </ul> <p>※ ただし、在宅で、自動車税や軽自動車税の減免を受けていない方</p> |
| 助 成 額 | <p>助成券1枚につき(300円)を年度に最大100枚交付し、1乗車につき2枚まで(600円分)使用できます(交付月により枚数が異なります。通用は年度内)</p> <p>※ 助成券は、譲渡、再交付はできません</p>                                           |
| 手 続   | <p>毎年4月1日から新年度の券に切り替わりますので、年度毎に障害者手帳を持参し、申請してください</p>                                                                                                  |
| 窓 口   | <p>障害福祉課 管理係 電話:029-350-8053</p>                                                                                                                       |

## 有料道路通行料金の割引



身体障害者手帳、療育手帳を所持している方が有料道路を利用する場合、通行料金が割引になります。ご利用にあたっては、事前に申請が必要になります。

|       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳又は療育手帳㊤・Aを所持している方                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |
| 適用範囲  | 第1種身体障害者<br>第1種知的障害者                                                                                                                                                                                                         | 障害者本人が運転する場合、障害者本人が車に同乗される場合                                                                                                                                                             |
|       | 第2種身体障害者                                                                                                                                                                                                                     | 障害者本人が運転する場合                                                                                                                                                                             |
| 必要書類  | ETCを利用しない場合                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳又は療育手帳</li> <li>障害者本人の運転免許証(第2種身体障害者のみ)</li> </ul>                                                                                         |
|       | ETCを利用する場合                                                                                                                                                                                                                   | <p>上記に加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>登録を希望する自動車の車検証(1台のみ)</li> <li>ETCカード(障害者本人名義のもの。ただし、障害者が20歳未満の場合は保護者又はその他法定代理人名義のものが登録できます)</li> <li>ETC車載器セットアップ申込書・証明書</li> </ul> |
| 窓 口   | <p>障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173</p> <p>※ETC利用の申請に限り、オンライン申請が可能です</p> <p>詳しくは申請サイト「有料道路における障害者割引制度のオンライン申請」をご覧ください</p>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
| 備 考   | <p>有効期限があり、更新を希望される場合は手続きが必要です</p> <p>更新は有効期限の2か月前から申請できます</p> <p>登録内容が変わった場合は、変更手続きが必要です</p> <p>親族や知人等の自動車も割引の対象となりますが、要件がありますので詳しくはネクスコ東日本お客様センターへお問合せください</p> <p>有料道路割引についての問合せ</p> <p>ネクスコ東日本お客様センター 電話:0570-024-024</p> |                                                                                                                                                                                          |

## 国内航空運賃の割引



国内航空を利用する場合、一部の航空会社において、運賃が割引になる場合があります。  
(割引運賃は、各航空運送事業者が設定する額)

|             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| 適用範囲        | 身体障害者、知的障害者、精神障害者の方(12才以上)       |
| 割引者         | 本人・介護者                           |
| 利用方法<br>問合せ | 手続き方法や割引等の詳細については、各航空会社へお問合せください |

## 大洗カーフェリー運賃の割引



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がフェリーを利用する場合、運賃が割引になります。

|        |                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 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方<br>※下表を参照してください                              |
| 利用方法   | 乗船手続時、手帳の提示もしくはスマートフォンにてミライロ画面の提示をお願いいたします                                  |
| 予約について | 予約センター・旅行代理店にて予約の際には、「身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持者に対する割引適用」の旨をお知らせの上、ご予約ください |
| 問合せ    | 商船三井さんふらわあ(大洗～苫小牧航路)<br>電話:029-267-4133(予約センター)                             |

| 適用範囲                                          | 割引対象乗車券類                    | 割引率 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----|
| 第1種障害者及び精神障害者<br>保健福祉手帳1級の所有者とその<br>介護者(1名まで) | 旅客運賃                        | 50% |
|                                               | 乗用車運賃                       | 10% |
| 第2種障害者及び精神障害者<br>保健福祉手帳2級又は3級の所有者             | 旅客運賃                        | 50% |
|                                               | 乗用車運賃<br>(障害者本人が運転する場合のみ割引) | 10% |

○障害者手帳アプリ「ミライロID」による本人確認について  
事前にお持ちのスマートフォンにアプリをダウンロードいただき、  
障害者手帳を登録しておく、外出先においてスマートフォン  
ひとつで障害者手帳を提示することができます。  
全国の公共施設や公共交通機関等において普及が進んでおり  
ます。ご利用の際は事前に各割引施設等にご相談ください。



## 9. 税の軽減等

### 所得税・市県民税の所得控除



| 種<br>類                                                                                                                                                                                                                                         | ① 障害者控除<br>本人、同一生計配偶者又は扶養親族が障害者である場合、税金の計算に当たり、総所得金額等から障害者控除を差し引くことができます                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|---------------|-------|-------|------|-------|-------------------------------------------|---------------|---------------|-------|-----------------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------|---------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                | <table><tr><th rowspan="2">区 分</th><th rowspan="2">対 象 者</th><th colspan="2">控 除 額</th></tr><tr><th>所 得 税</th><th>市県民税</th></tr><tr><td>障 害 者</td><td>身体障害者手帳3～6級<br/>療育手帳B・C<br/>精神障害者保健福祉手帳2・3級</td><td>1人当たり<br/>27万円</td><td>1人当たり<br/>26万円</td></tr><tr><td rowspan="2">特別障害者</td><td>身体障害者手帳1・2級<br/>療育手帳④・A<br/>精神障害者保健福祉手帳1級</td><td>1人当たり<br/>40万円</td><td>1人当たり<br/>30万円</td></tr><tr><td>同一生計配偶者又は扶養親族が特別障害者で、かつ、同居している場合</td><td>1人当たり<br/>75万円</td><td>1人当たり<br/>53万円</td></tr></table> | 区 分                                       | 対 象 者         | 控 除 額         |       | 所 得 税 | 市県民税 | 障 害 者 | 身体障害者手帳3～6級<br>療育手帳B・C<br>精神障害者保健福祉手帳2・3級 | 1人当たり<br>27万円 | 1人当たり<br>26万円 | 特別障害者 | 身体障害者手帳1・2級<br>療育手帳④・A<br>精神障害者保健福祉手帳1級 | 1人当たり<br>40万円 | 1人当たり<br>30万円 | 同一生計配偶者又は扶養親族が特別障害者で、かつ、同居している場合 | 1人当たり<br>75万円 | 1人当たり<br>53万円 |
|                                                                                                                                                                                                                                                | 区 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |               | 対 象 者         | 控 除 額 |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 所 得 税                                     | 市県民税          |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                | 障 害 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 身体障害者手帳3～6級<br>療育手帳B・C<br>精神障害者保健福祉手帳2・3級 | 1人当たり<br>27万円 | 1人当たり<br>26万円 |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| 特別障害者                                                                                                                                                                                                                                          | 身体障害者手帳1・2級<br>療育手帳④・A<br>精神障害者保健福祉手帳1級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1人当たり<br>40万円                             | 1人当たり<br>30万円 |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                | 同一生計配偶者又は扶養親族が特別障害者で、かつ、同居している場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1人当たり<br>75万円                             | 1人当たり<br>53万円 |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| ※ 同一生計配偶者とは、あなたと生計を一にする配偶者で、合計所得金額が58万円以下である方をいいます                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| ※ 原則として、前年の12月31日現在で対象者に該当する場合に適用できます                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| ② 小規模企業共済等掛金控除<br>一定の要件に該当する心身障害者扶養共済制度に加入し、前年中にその掛金を支払った場合には、その支払った金額を総所得金額等から差し引くことができます                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| ③ 医療費控除<br>前年中に本人や生計を一にする親族のために医療費を支払った場合、その支払金額のうち一定の金額を総所得金額等から差し引くことができます<br>なお、人工肛門又は尿路変更のストーマを持つ方が、ストーマケアに係る治療を受けている場合、ストーマ用装具の購入費用のうち自己負担分が医療費控除の対象になります<br>※ 確定申告（市県民税の申告）の際に、医師が発行するストーマ用装具使用証明書を申告書に添付又は提示することが必要です（証明書用紙は障害福祉課にあります） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| 手 続                                                                                                                                                                                                                                            | 確定申告(市県民税の申告)時に、必要書類を添付又は提示してください<br>※ 給与所得者の場合、①と②は年末調整で手続きができます                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| 必要書類等                                                                                                                                                                                                                                          | 共済掛金の証明書、ストーマ用装具使用証明書、医療費控除の明細書、申請者のマイナンバー確認書類、申告者の本人確認書類等<br>※ 医療費の領収書の提出は不要ですが、ご自宅で5年間保管してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |
| 窓 口<br>(問合せ)                                                                                                                                                                                                                                   | 水戸税務署(所得税) 電話:029-231-4211(自動音声でご案内します)<br>市民税課(市県民税) 電話:029-224-1111(内線)1591～1594                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |               |               |       |       |      |       |                                           |               |               |       |                                         |               |               |                                  |               |               |

※本人が障害者の場合、前年の合計所得金額が135万円以下の場合は市県民税が非課税になります。

## 個人事業税の減免等



障害者が個人で事業を営む場合、事業税が減免または非課税になります。

| 事業の内容                                                    |                         | 減免等の内容     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| 視覚障害者（両眼の矯正視力が0.06以下）が営むあんま、マッサージ、指圧、はり、灸、柔道整復等の医業に類する事業 |                         | 非課税        |
| 障害者が営む事業で、前年の所得が310万円以下                                  |                         | 税額の2分の1を減免 |
| 窓 口                                                      | 水戸県税事務所 電話：029-221-4800 |            |

## 自動車税・軽自動車税の減免



次の場合、自動車税・軽自動車税が減免になる制度があります。

（対象となる障害区分・等級は右表の通り）※納期限内に手続きが必要です。

|     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要 件 |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者本人が運転する場合</li> <li>・障害者と生計を一にする方が、障害者の通学、通院、通所又は生業のために運転する場合</li> <li>・障害者のみで構成される世帯又は70歳以上の方（もしくは未成年者）と障害者のみで構成される世帯の障害者を常時介護する方が、障害者の通学、通院、通所又は生業のために世帯員名義の自動車を運転する場合</li> <li>・手帳の交付日が、既に所有している自動車の申請では減免申請する年の3月31日以前、新たに取得する自動車の申請では自動車の登録の日以前である場合</li> </ul> <p>※障害者が施設に入所している場合は、一定の条件がありますのでお問合せください<br/>         ※自動車の所有者（自動車税等の納税義務者）は、障害者本人又は生計を一にする方に限られます<br/>         ※減免を受けられる自動車は、障害者1人につき1台に限られます<br/>         ※障害者の方が入院中である等障害者の移動のために自動車を利用していない場合は減免の対象となりません</p> |                                                                                                                                                                                                       |
| 手 続 | 自動車税  | 自動車の運転者・所有者が、障害者本人又は生計同一者の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>県税事務所で手続きしてください</u><br>持ち物：障害者手帳（原本）、運転者の運転免許証（写し可・両面）、納税通知書又は車検証の写し、その他必要書類（生計を一にすることを示す書類等）<br>※減免の要件により必要書類が異なりますので、詳しくは県税事務所へ必ずお問合せください<br>※なお、新たに取得した車の場合は、登録した日から30日以内に県税事務所自動車税分室で手続きしてください |
|     |       | 常時介護者が運転者の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>障害福祉課で常時介護証明書の発行を受けてから、県税事務所又は県税事務所自動車税分室で手続きしてください</u><br>持ち物：障害者手帳（原本）、常時介護者（運転者）の運転免許証、納税通知書又は車検証の写し                                                                                            |
|     | 軽自動車税 | <u>市民税課で手続きしてください</u><br>受付期限：納税通知書がお手元に届いてから、納期限まで<br>持ち物：障害者手帳等（原本）、運転免許証もしくは、マイナ免許証、車検証（コピー可）<br>※生計同一者の住所が障害者と異なる場合や、常時介護者が運転者の場合は、この他に必要なものがありますのでお問合せください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |
| 窓 口 |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・水戸県税事務所（自動車税）水戸市柵町1-3-1 茨城県水戸合同庁舎1階 電話：029-221-6605</li> <li>・水戸県税事務所自動車税分室（自動車税（自動車取得時））水戸市住吉町292-10（ナンバーセンター水戸2階） 電話：029-247-1297</li> <li>・市民税課 電話：029-224-1111（内線1572） ・障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                       |

### <対象になる障害区分・等級>

●は障害者本人、生計を一にする方(家族)又は常時介護者が自動車を運転する場合に対象となります。

○は障害者本人が自動車を運転する場合に限り、対象となります。

| 身体障害者手帳(再認定年月日が期限内のもの)  |      |    |    |    |    |    |
|-------------------------|------|----|----|----|----|----|
| 障害の区分                   | 1級   | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
| 視 覚                     | ●    | ●  | ●  | ●  |    |    |
| 聴 覚                     |      | ●  | ●  |    |    |    |
| 平 衡 機 能                 |      |    | ●  |    |    |    |
| 音 声 機 能<br>(喉頭嚥下の場合に限る) |      |    | ●  |    |    |    |
| 上 肢 機 能                 | ●    | ●  |    |    |    |    |
| 下 肢 機 能                 | ●    | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  |
| 体 幹 機 能                 | ●    | ●  | ●  |    | ○  |    |
| 脳病変<br>による              | 上肢機能 | ●  | ●  |    |    |    |
|                         | 移動機能 | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  |
| 心 臓 機 能                 | ●    |    | ●  |    |    |    |
| じん臓機能                   | ●    |    | ●  |    |    |    |
| 呼吸器機能                   | ●    |    | ●  |    |    |    |
| ぼうこう・直腸機能               | ●    |    | ●  |    |    |    |
| 小 腸 機 能                 | ●    |    | ●  |    |    |    |
| 免 疫 機 能                 | ●    | ●  | ●  |    |    |    |
| 肝 臓 機 能                 | ●    | ●  | ●  |    |    |    |

※身体障害者手帳の場合、減免の可否は手帳の総合等級ではなく、障害区分ごとの等級で判断されます。  
(例:総合等級2級の方で、内訳が上肢機能3級、心臓機能4級の場合は該当しません。)

| 療育手帳(判定が有効期限内のもの)                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 茨城県で交付された判定が㊤またはA                                                                            |
| 精神障害者保健福祉手帳(判定が有効期限内のもの)                                                                     |
| 1級で次のいずれかに該当する方<br>・ 自立支援医療受給者証(精神通院)をお持ちの方<br>・ 医療福祉費受給者証(マル福)をお持ちの方<br>・ 精神障害の治療のため通院している方 |
| 戦傷病者手帳                                                                                       |
| 県税事務所へお問合せください。                                                                              |

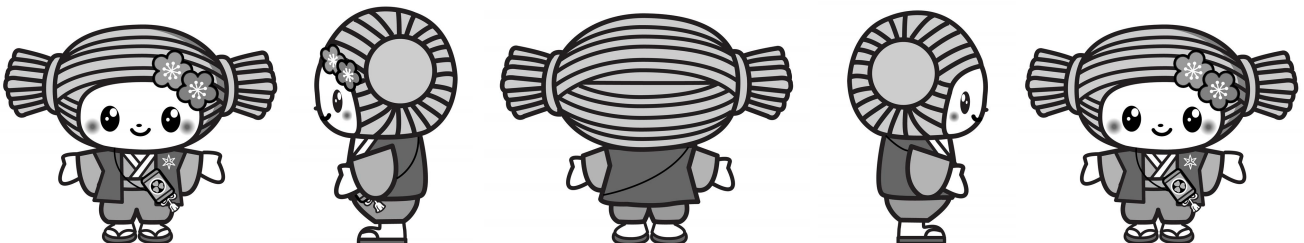
## 相続税の障害者控除



相続人が85歳未満で障害者の場合、相続税額から障害者控除を差し引くことができます。

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| 障 害 者 の 方 | 85歳に達するまでの年数×10万円                  |
| 特別障害者の方   | 85歳に達するまでの年数×20万円                  |
| 窓 口       | 水戸税務署 電話:029-231-4211(自動音声でご案内します) |

※ 85歳に達するまでの年数は、その年数が1年未満であるとき又は1年未満の端数があるときはこれを1年とします。



# 10. その他の福祉

## NHK受信料の免除



| 全 額 免 除                                                                                                                                                                                      |       | 半 額 免 除                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳を持っている方の世帯で、かつ世帯構成員全員が市民税非課税の場合</li> <li>・療育手帳を持っている方の世帯で、かつ世帯構成員全員が市民税非課税の場合</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳を持っている方の世帯で、かつ世帯構成員全員が市民税非課税の場合</li> </ul> |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯主が視覚、聴覚障害の身体障害者手帳を持ち、かつ受信契約者の場合</li> <li>・世帯主が身体障害者手帳Ⅰ級・Ⅱ級を持ち、かつ受信契約者の場合</li> <li>・世帯主が療育手帳㊤・Aを持ち、かつ受信契約者の場合</li> <li>・世帯主が精神障害者保健福祉手帳Ⅰ級を持ち、かつ受信契約者の場合</li> <li>・世帯主が特別項症～第Ⅰ款症の戦傷病者手帳を持ち、かつ受信契約者の場合</li> </ul> |
| 手 続                                                                                                                                                                                          | 障害福祉課 | 障害者手帳と印かんを持参し、申請書証明欄に福祉事務所長の証明を受けてから、NHK水戸放送局へ提出してください(郵送可)                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                              | N H K | 詳細はNHK水戸放送局までお問合せください                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                              | オンライン | 半額免除の場合は、インターネットでも手続きが可能です(戦傷病者除く)<br>詳細はNHKホームページの「受信料免除の対象となる方について」をご覧ください                                                                                                                                                                             |
| 窓 口                                                                                                                                                                                          |       | 障害福祉課 給付係 電話:029-232-9173<br>NHK水戸放送局 経営管理企画センター受信料担当 電話:029-232-9811 (10:00~17:00 土・日・祝日を除く)                                                                                                                                                            |
| 提 出 先                                                                                                                                                                                        |       | NHK水戸放送局 経営管理企画センター受信料担当 (10:00~17:00 土・日・祝日を除く)<br>〒310-8567 水戸市大町 3-4-4 電話:029-232-9811 FAX:029-232-9874                                                                                                                                               |
| 備 考                                                                                                                                                                                          |       | お引越しされた場合も、再手続きが必要です。                                                                                                                                                                                                                                    |

## ヘルプマーク・ヘルプカード



援助や配慮を必要としていることが外見から分からない方の意思表示を支援するため、ヘルプマークやヘルプカードを配布します。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <p>下記に当てはまる方で、ヘルプマークやヘルプカードを使って、周囲に援助等の提供を求めていることを知らせたい方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 義手、義足又は人工関節を使用している方</li> <li>(2) 内部・精神・知的・発達などの障害のある方</li> <li>(3) 難病患者</li> <li>(4) 援助等が必要な高齢者</li> <li>(5) 妊娠初期の方</li> <li>(6) その他外見からは援助等を必要としていることが分かりにくい方</li> </ul> |
| 手 続   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配慮や支援が必要であることを証明できるもの(障害者手帳、指定難病特定医療費受給者証等)ない場合は身分証明書</li> <li>・ 印かん</li> <li>・ 代理申込の場合は代理人の身分証明書</li> </ul>                                                                                                                             |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話 029-232-9173                                                                                                                                                                                                                                                         |

## 駐車禁止の除外



障害者が、自ら又は家族などの運転する車に同乗するとき公安委員会交付の標章を掲示することにより、駐車禁止場所でも、駐車できる場合があります。

|       |                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 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の交付を受けている、歩行困難又は、歩行に支障があり公安委員会が必要と認めた方<br>※手帳の種類や等級・程度について範囲があります 詳細はお問合せください |
| 手 続   | 障害者手帳・申請書（茨城県警HPからダウンロードできます）                                                                           |
| 窓 口   | 水戸警察署交通第一課規制係<br>水戸市三の丸 1-5-21 電話：029-233-0110                                                          |

## いばらき身障者等用駐車場利用証



障害者、難病患者などの方で歩行が困難な方が、ショッピングセンターや公共施設などにある身障者等用駐車場（車椅子マークのある駐車スペース）を利用しやすくするために、駐車した際に車の中に掲示する利用証を交付します。

|       |                                                                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 歩行困難な方で、かつ次のいずれかに該当する方<br>・ 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を交付された方で、対象になる障害区分・等級の方<br>・ 指定難病特定医療費受給者証等又は小児慢性特定疾病医療受給者証を交付された方 |
| 手 続   | 障害者手帳又は指定難病特定医療費受給者証等、小児慢性特定疾病医療受給者証                                                                                    |
| 窓 口   | 障害福祉課 給付係 電話：029-232-9173                                                                                               |

### <対象になる障害区分・等級>

| 区 分   |                                                |                          |      | 等 級  |
|-------|------------------------------------------------|--------------------------|------|------|
| 身体障害者 | 視覚障害                                           |                          |      | 4級以上 |
|       | 聴覚又は平衡機能の障害                                    | 聴覚障害                     |      | 3級以上 |
|       |                                                | 平衡機能障害                   |      | 5級以上 |
|       | 肢体不自由                                          | 上肢                       |      | 2級以上 |
|       |                                                | 下肢                       |      | 6級以上 |
|       |                                                | 体幹                       |      | 5級以上 |
|       |                                                | 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 | 上肢機能 | 2級以上 |
|       |                                                |                          | 移動機能 | 6級以上 |
|       | 内 部 障 害                                        | 心臓機能障害                   |      | 4級以上 |
|       |                                                | じん臓機能障害                  |      | 4級以上 |
|       |                                                | 呼吸器機能障害                  |      | 4級以上 |
|       |                                                | ぼうこう又は直腸の機能障害            |      | 4級以上 |
|       |                                                | 小腸機能障害                   |      | 4級以上 |
|       |                                                | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害      |      | 4級以上 |
|       |                                                | 肝臓機能障害                   |      | 4級以上 |
| 知的障害者 | 療育手帳の障害の程度が「A」及び「㊤」の方                          |                          |      |      |
| 精神障害者 | 精神障害者保健福祉手帳の等級が「Ⅰ級」の方                          |                          |      |      |
| 難病患者  | 指定難病特定医療費受給者証を交付された方<br>小児慢性特定疾病医療費受給者証を交付された方 |                          |      |      |

## 市営住宅への入居



市では常時車いす使用者（身体障害者手帳の等級が4級以上）に配慮し、バリアフリー化された車いす世帯向け（単身入居不可）住戸を整備しています。

また、単身者可能住戸において障害者の入居要件の緩和や家賃算定時の所得控除があります。

|     |                                                                                                                                                            |                                           |               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|
| 種 類 | ①収入基準<br>月額所得 21万4千円以下<br>＝（世帯の年間所得額 － 同居・別居扶養親族控除額 1人当たり38万円<br>－ ②特別控除額）÷ 12ヶ月                                                                           |                                           |               |
|     | ②特別控除額                                                                                                                                                     |                                           |               |
|     | 区 分                                                                                                                                                        | 対 象 者                                     | 控 除 額         |
|     | 障 害 者 控 除                                                                                                                                                  | 身体障害者手帳3～6級<br>精神障害者保健福祉手帳2・3級<br>療育手帳B・C | 1人当たり<br>27万円 |
|     | 特別障害者控除                                                                                                                                                    | 身体障害者手帳1・2級<br>精神障害者保健福祉手帳1級<br>療育手帳A・A   | 1人当たり<br>40万円 |
|     | ③単身入居要件緩和<br>以下の障害者手帳等をお持ちの方は、単身での入居申込みが可能となります<br>・身体障害者手帳（1級～4級）<br>・精神障害者保健福祉手帳（1級～3級）<br>・知的障害者（療育手帳を受ける程度）<br>このほか、入居申込みには条件があります。詳しくは、窓口までお問い合わせください |                                           |               |
| 窓 口 | （一財）茨城県住宅管理センター 電話：029-297-8360                                                                                                                            |                                           |               |

## はり・きゅう・マッサージ施術費助成



はり・きゅう・マッサージの施術（医療保険の対象のものを除く）の費用を助成します。

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障害者手帳1・2級の方、または70歳以上の方          |
| 助 成 額 | 1回につき1,000円の助成券を、1年間に5枚交付（通用は年度内） |
| 問 合 せ | 高齢福祉課 電話：029-232-9174             |

## 声の広報・点字の広報（広報みと）



視覚に障害のある方に広報等をお知らせします。

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| 広報みと                | 問合せ先：茨城県視覚障害者協会 電話：029-221-0098                           |
| 水戸市議会報              | 申 込 先：水戸市社会福祉協議会登録ボランティア<br>「音訳ボランティアこだま」 電話：029-309-1011 |
| 社協だより<br>「みんなのしあわせ」 | 申 込 先：水戸市社会福祉協議会 電話：029-309-5001                          |

## 障害者福祉バス



研修会、いろいろな講習会、機能回復訓練、スポーツ、レクリエーションなどに参加するときに利用できます。(今年度利用できるのは令和8年12月27日までです)

|          |                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者    | 茨城県内に居住する身体障害者、知的障害者、精神障害者とその介護者及び障害者福祉関係者                                                   |
| 利用条件     | 下記条件のどちらかを満たしていること<br>① 利用する障害者が10人以上<br>② 利用する障害者福祉関係者が20人以上<br>※乗車定員は31人(補助席6席を含む)         |
| 運行時間     | 原則8:30~18:00<br>※運行時間には福祉バスが定置場を出庫してから定置場に戻るまでの時間を含みます<br>※曜日に関係なく利用できます(年末年始12月28日~1月4日は除く) |
| 運行範囲     | 県内、隣接県(福島県・栃木県・千葉県・埼玉県)、東京都及び群馬県                                                             |
| 利 用 料    | 原則無料<br>※ただし、高速道路等有料道路の通行料、駐車料金等のご負担いただきます                                                   |
| 申 込 み    | 6か月前から受付開始(利用日の15日前までにお申し込み下さい)                                                              |
| 申込み・問合せ先 | 有限会社 ACC研究所 電話:029-228-3333 FAX:029-222-2537<br>〒310-0813 水戸市浜田町415-3                        |

## 図書の郵送貸出し



外出の困難な方や寝たきりの方にも、図書館を利用していただくために、図書の郵送による貸出しを行っています。

|       |                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 市内に居住する身体障害者手帳(1~3級)又は療育手帳(A 又は㊤)お持ちの方                               |
| 内 容   | 1人10冊まで1か月間借りられます                                                    |
| 手 続   | 電話(FAX可)又はハガキで図書館に申込む                                                |
| 窓 口   | 水戸市立中央図書館 電話:029-226-3951 FAX:029-225-2769<br>〒310-0062 水戸市大町 3-3-20 |

## 郵便による投票



身体が不自由なため投票所へ行くことが困難な方は、自宅などで投票(郵送による不在者投票)ができます。

|       |                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 両下肢、体幹、移動機能障害1級・2級、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸障害1級・3級、免疫、肝臓障害1~3級の身体障害者手帳をお持ちの方<br>※上記の身体障害者手帳をお持ちの方で上肢、視覚障害1級に該当する方は、代理記載制度もご利用できます |
| 手 続   | 郵便等投票証明書(7年間有効)の交付を受けて、各選挙ごとに、この証明書を提示して投票用紙を請求してください                                                                         |
| 窓 口   | 水戸市選挙管理委員会事務局 電話:029-297-6077                                                                                                 |

## NTT 番号案内の無料化



NTT への電話番号の問合せを無料で利用できます。ご利用方法等については、お問合せください。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳（視覚障害 1～6 級、肢体不自由 1・2 級（上肢・体幹・乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害）、聴覚障害 2～4・6 級、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害 3・4 級）</li> <li>・ 戦傷病者手帳（視覚障害 特別項症～第 6 項症、肢体不自由（上肢）特別項症～第 2 項症、聴覚障害 第 2 項症・第 4 項症、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害 第 1 項症・第 2 項症・第 4 項症）</li> <li>・ 療育手帳</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳</li> </ul>                                                                                  |
| 手 続   | 身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 窓 口   | <p>NTTふれあい案内事務局 電話：0120-104-174 FAX:0120-104-134<br/>受付時間 9:00～17:00（土、日、祝日を除く）<br/>FAX によるお問合せ注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ お問合せ内容、お客様のお名前、折り返しの FAX 番号をお手持ちの用紙に記載して送信してください</li> <li>・ お申込書、障害者手帳等は送付いただいても受付られません。誤って送付された場合は破棄させていただきます</li> <li>・ お客様が送信してから、3 営業日以上折り返しがない場合は通信機器のトラブル等が考えられますので再度送信をお願いします</li> <li>・ 返信は FAX で行いますので、FAX を受信できる方のみのお問合せとさせていただきます</li> </ul> |

## 青い鳥郵便葉書の無償配布



希望される方に次の葉書の中から、お一人様につき 20 枚を無償で配布します。

- ・ 通常郵便葉書（無地・インクジェット紙・くぼみ入り）

※ くぼみ入り通常郵便葉書は、目の不自由な方が使いやすいように葉書の表面左下部に半円形のくぼみを入れ、上下・表裏が分かるようにした葉書です。

|       |                                                                                                                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体障害者手帳 1・2 級を持っている方</li> <li>・ 療育手帳④・A を持っている方</li> </ul>                                                                                                     |
| 手 続   | <p>郵便局に備え付けの「青い鳥郵便葉書配布申込書」に必要事項を記入し提出してください ※ 葉書は郵送でお届けします</p> <p>提出の際に、身体障害者手帳又は療育手帳を提示していただきます</p> <p>窓口で直接申し出ることが出来ない場合、郵送でも手続き出来ます（郵送の場合は手帳の写しが必要です） また、代理人によるお申込みも可能です</p> <p>※ 受付期間中に手続きが必要です</p> |
| 窓 口   | お近くの郵便局                                                                                                                                                                                                 |
| 問 合 せ | 水戸中央郵便局 電話：0570-943-214                                                                                                                                                                                 |

## 郵便料金の免除



盲人用点字郵便及び日本郵便が指定した施設から発送される盲人用録音物の郵送料は無料です。（3kgまで）

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 問 合 せ | 水戸中央郵便局 電話：0570-943-214 |
|-------|-------------------------|

## 身体障害者結婚相談所



身体に障害がある方々がよき配偶者に恵まれ幸せな家庭生活を営まれるよう登録制により出会いの機会の提供と、結婚に関する各種相談を専門の相談員が行っています。(無料)

|       |                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 茨城県内に居住する身体に障害をお持ちの方                                                                                  |
| 窓 口   | 一般社団法人 茨城県身体障害者福祉協議会<br>〒310-0851 水戸市千波町 1918 せしヨウ・ウェルビーイング 福祉会館内<br>電話:029-243-7010 FAX:029-243-7018 |

## 車椅子等対応タクシーの運行



車椅子のまま利用できるタクシーが運行されています。水戸市福祉タクシー利用券、タクシー料金障害者割引制度を利用できます。事前に予約が必要な場合があります。

○:ストレッチャー対応リフト車両有

| タクシー会社名          | 住所                  | 電話            |
|------------------|---------------------|---------------|
| あんしんタクシー         | 水戸市元吉田町 2710-1      | 029-247-8633  |
| ○ あんしんネット        | 水戸市浜田町 415-3        | 0120-21-7171  |
| 内原交通             | 水戸市内原 1-98          | 029-259-2146  |
| ケアタクシー・アロハ       | 水戸市下入野町 1730-4      | 080-9665-9345 |
| さわやか交通           | 水戸市金町 1-3-35        | 029-232-0121  |
| SUN観光シンヤ         | 水戸市浜田町 415-3        | 0120-21-7171  |
| ○ しらうめ観光タクシー     | 水戸市河和田町 3956-4      | 029-243-4444  |
| ○ 第一常陽タクシー       | 水戸市渋井町 620-3        | 029-221-3070  |
| NK観光             | 水戸市見川 5-302-3       | 029-305-3331  |
| ○ ハッピーエスコート      | 水戸市吉沢町 432-14       | 090-3142-0429 |
| ゆりかご             | 水戸市飯富町 3467-1       | 029-229-7562  |
| ○ 介護タクシー Ohana   | 水戸市石川町 2217-8       | 080-3382-0087 |
| 辰巳タクシー           | 日立市千石町 3-2-13       | 0294-36-0163  |
| ○ 茨城交通           | 日立市滑川町 2-11-5       | 0120-28-2185  |
| ○ 堀越民間救急サービス     | 常陸太田市寿町 598-4       | 0294-72-9199  |
| ○ 久保田タクシー        | 笠間市南友部 1437-13      | 0120-21-7171  |
| ○ かさまのにゃんこ       | 笠間市旭町 638-5         | 0296-73-4028  |
| ○ 福祉タクシーウルル勝田    | ひたちなか市東大島 2-11-6-M1 | 029-219-8167  |
| ○ ふれあい           | ひたちなか市松戸町 1-9-8     | 029-219-5292  |
| 丸金タクシー           | 那珂市西木倉 222-7        | 029-298-2022  |
| 城里介護タクシーなのはな     | 城里町石塚 1128-2        | 090-5538-4290 |
| 福祉タクシーリゼン        | 城里町石塚 830-24        | 070-1075-6164 |
| ○ ドレックス観光ハイヤー    | かすみがうら市上稲吉 1829-32  | 0299-59-1717  |
| ○ ハッピーツアーズ       | 桜川市真壁町椎尾 1161       | 080-3593-2015 |
| 亀城タクシー           | 土浦市中央 2-16-1        | 029-821-0726  |
| ○ まごころサポート介護タクシー | 土浦市飯田 2152-1        | 090-1554-3623 |
| ○ 介護福祉タクシーいるか    | 大洗町大貫町 43-1         | 070-4006-3939 |

## 11. 相談の窓口

### 水戸市基幹相談支援センター

障害のある方やその家族、関係機関などからの相談に応じ、障害のある方が住み慣れた地域で安心して暮らせるように必要な情報の提供や権利擁護のための援助を行います

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主な相談内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者手帳の取得に関すること</li> <li>・ 福祉サービス等の利用支援</li> <li>・ 各種生活情報の提供</li> <li>・ 専門機関等の紹介</li> <li>・ ピア・カウンセリング</li> <li>・ 障害者の権利擁護に関すること</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
| 相談の窓口  | <p>● 東部基幹相談支援センター<br/>（第一・第二・第三・第四・千波・常澄中学区担当）<br/>〒310-8610 水戸市中央1丁目4-1 水戸市役所 障害福祉課隣<br/>電話：029-303-8981 FAX：029-303-8982</p> <p>● 西部基幹相談支援センター<br/>（緑岡・見川・笠原・飯富・第五・石川・赤塚・双葉台・内原・国田義務教育学区担当）<br/>〒311-4141 水戸市赤塚1-1 ミオスビル2階<br/>電話：029-309-6630 FAX：029-251-6630</p> <p>※障害のある方がお住まいの中学校区を確認の上、担当地区の基幹相談支援センターにご相談ください。中学校区がわからない場合は、どちらに連絡してもかまいません。</p> |
| 開所時間   | 月曜日～金曜日の8時30分～17時15分（祝日、年末年始を除く）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### 水戸市精神障害者地域生活支援センターかさほら

障害のある方の福祉に関する一般的な相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行います。

|        |                                                                                                                                     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主な相談内容 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者手帳の取得に関すること</li> <li>・ 福祉サービス等の利用支援</li> <li>・ 各種生活情報の提供</li> <li>・ 専門機関等の紹介</li> </ul> |
| 相談の窓口  | 〒310-0852 水戸市笠原町1370-1 電話：029-305-5851                                                                                              |
| 開所時間   | <p>電話相談、面接相談（来所の相談は予約制）</p> <p>月曜日～金曜日 8時30分～21時</p> <p>土曜日・日曜日 8時30分～17時（祝日、年末年始を除く）</p>                                           |

## 水戸市役所

〒310-8610 水戸市中央 1-4-1 電話:029-224-1111(代)

| 課 名          |           | 主な業務内容                                                                                                                                                         |
|--------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 水戸市福祉事務所     | 障 害 福 祉 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者手帳の申請</li> <li>・ 補装具費の支給、修理</li> <li>・ 障害者福祉手当の支給</li> <li>・ 障害福祉サービスの申請、相談</li> <li>・ その他障害者の自立援助に関する事</li> </ul> |
|              | 高 齢 福 祉 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 敬老事業に関する事</li> <li>・ 高齢者在宅福祉に関する事</li> <li>・ 高齢者福祉施設に関する事</li> <li>・ 高齢者の自立支援に関する事</li> <li>・ 介護予防に関する事</li> </ul>    |
|              | こども政策課    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童手当・児童扶養手当・遺児養育手当の支給</li> </ul>                                                                                      |
|              | 子育て支援課    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 女性相談・DV 相談に関する事</li> <li>・ 家庭児童福祉の相談に関する事</li> <li>・ 育児や健康に関する事</li> <li>・ 小児慢性特定疾病の申請及び相談・支援に関する事</li> </ul>         |
|              | 幼 児 保 育 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幼稚園、保育所等の利用に関する事</li> </ul>                                                                                           |
|              | 生 活 福 祉 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活保護に関する事</li> <li>・ 経済的理由で生活に困窮した方の自立援助に関する事</li> </ul>                                                              |
|              | 福 祉 総 務 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民生（児童）委員に関する事</li> <li>・ 災害時避難行動要支援者制度に関する事</li> </ul>                                                                |
| 介 護 保 険 課    |           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険に関する事</li> </ul>                                                                                                  |
| 国 保 年 金 課    |           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療福祉費支給制度に関する事（医療給付係）</li> <li>・ 後期高齢者医療制度に関する事（後期高齢者医療係）</li> <li>・ 老齢基礎年金・障害基礎年金など国民年金に関する事（国民年金係）</li> </ul>       |
| 教 育<br>委 員 会 | 学 校 管 理 課 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就学事務</li> <li>・ 就学の奨励及び援助</li> </ul>                                                                                  |

水戸市保健所 〒310-0852 水戸市笠原町 993-13

|                           |                                                                                                                                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康づくり課<br>電話:029-243-7311 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 難病（医療費助成の申請を除く）についての相談や在宅難病患者一時入院事業（レスパイト）の申請に関する事</li> <li>・ こころの健康及びひきこもりに関する事</li> </ul> |
| 感染症対策課<br>電話:029-350-7650 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症に関する事</li> </ul>                                                                         |

水戸市総合教育研究所 〒310-0852 水戸市笠原町 978-5

|                            |                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 総合教育研究所<br>電話:029-244-1331 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教育相談に関する事</li> <li>・ 就学相談に関する事</li> <li>・ 特別支援教育に関する事</li> </ul> |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 各種相談機関

| 名 称                        | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 水戸市社会福祉協議会                 | <p>市民の福祉意識啓発や地域福祉活動の推進を行うとともに、ボランティアや心配ごとに関する相談を行っています</p> <p>1 ボランティア関係【ボランティアセンター】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティア活動に関する相談</li> </ul> <p>電話:029-309-1011 FAX:029-309-1139<br/>(月曜日～金曜日 午前9時30分～午後4時30分)</p> <p>2 福祉相談所関係【地域福祉推進係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心配ごと相談</li> </ul> <p>電話:029-309-5001 FAX:029-309-5525<br/>(木曜日 受付は午後1時～3時30分)</p> <p>〒311-4141 水戸市赤塚1-1ミオス2階 水戸市福祉ボランティア会館内</p>                                                                                                                                                                         |
| 水戸市社会福祉協議会<br>権利擁護サポートセンター | <p>知的障害及び精神障害などの理由により、判断能力に支援を要する方の権利や財産を守るための相談に応じ、住み慣れた地域において安心して暮らし続けられるように支援していきます</p> <p>1 成年後見制度【県央地域成年後見支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 成年後見制度に関する相談</li> </ul> <p>2 日常生活自立支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常的な金銭管理に関する相談</li> </ul> <p>〒311-4141 水戸市赤塚1-1ミオス2階 水戸市福祉ボランティア会館内<br/>電話:029-309-5001 FAX:029-309-5525</p>                                                                                                                                                                                                                                          |
| 水戸市社会福祉協議会<br>自立相談支援室      | <p>経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなる恐れのある者に対して、広く相談に応じ複合的な課題を本人の意思を確認した上で支援内容を策定し、本人の自立まで継続的に支援していきます</p> <p>1 包括的生活相談関係【自立相談支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活困窮に関する相談</li> </ul> <p>2 居住確保支援関係</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住居確保給付金に関する相談</li> <li>・ 居住喪失者に対する衣食住等に関する相談(シェルター事業)</li> </ul> <p>3 就労支援関係【就労準備支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労準備支援に関する相談</li> </ul> <p>4 家計改善支援関係【家計改善支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家計改善に関する相談(生活福祉資金の相談含む)</li> </ul> <p>〒310-8610 水戸市中央1-4-1 水戸市役所本庁舎2階<br/>電話:029-291-3941 FAX:029-297-5515</p> |
| 水戸市社会福祉協議会<br>特例貸付相談室      | <p>障害者世帯等に対し、日常生活を送るうえで自立生活に役立てるために一時的に必要であると見込まれる費用等の貸付けを行います</p> <p>貸付に関しては条件がありますので、まずは電話にてご相談ください</p> <p>〒311-4141 水戸市赤塚1-1 ミオス1階<br/>電話:029-307-4014 FAX:029-254-7788</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 名 称                                     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 水戸地区障害者就業・生活支援センター<br>【雇用安定等事業・生活支援等事業】 | <p>障害者雇用の促進及び職業の安定を図るため、本人、雇用事業主及び関係機関からの相談及び支援を行っています</p> <p>1 障害のある方に対して就業面と生活面の一体的な相談・支援を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就職に向けた相談及び準備支援<br/>(職業準備訓練、職場実習のあっせん等)</li> <li>※ 職業のあっせん(紹介)は行っておりません</li> <li>・ 就労されている方の生活面への相談、助言</li> </ul> <p>2 当センター登録者を雇用している事業主に対し、雇用管理に関する助言等</p> <p>〒311-4141 水戸市赤塚1-1 ミオス2階<br/>電話:029-309-6630 FAX:029-251-6630</p> |
| 水戸市消費生活センター                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消費生活相談員が消費者トラブルや多重債務などの相談や情報提供を行っています</li> <li>・ 弁護士、司法書士、建築士、精神保健福祉士などの専門相談も行っています(要予約)</li> </ul> <p>開設日時:月～土曜日(祝日・年末年始は休み)午前9時～午後5時<br/>〒310-8610 水戸市中央1丁目4-1 水戸市役所2階<br/>電話:029-226-4194 FAX:029-222-6826</p>                                                                                                                   |
| 茨城県ひきこもり相談支援センター                        | <p>茨城県にお住まいのひきこもり本人とそのご家族からの相談に応じ、適切な関係機関へおつなぎするなど「地域の第一次相談窓口」としての機能を担うとともに、関係機関からなる連絡会の開催による連携強化、ひきこもりに関する普及啓発等の情報発信を行います</p> <p>〒308-0845 筑西市西方1790-29<br/>電話:0296-48-6631 メール:info@ibahiki.org<br/>ホームページ:http://ibahiki.org</p>                                                                                                                                          |
| 茨城県難病相談支援センター                           | <p>難病に悩む方々が、安心した療養生活を送ることができるようご相談をお受けしています</p> <p>〒300-0394 稲敷郡阿見町阿見4669-2 茨城県立医療大学内<br/>電話:029-840-2838</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 茨城県高次脳機能障害支援センター                        | <p>高次脳機能障害に関する相談について、各専門職で構成された支援コーディネーターが対応します</p> <p>当事者や家族だけでなく、支援者や関係機関からの相談に応じて助言や技術支援を実施します</p> <p>〒300-0394 稲敷郡阿見町阿見4669-2<br/>電話:029-887-2605</p>                                                                                                                                                                                                                    |
| 茨城県医療的ケア児支援センターみちしるべ                    | <p>日常的に医療的なケアを必要とするお子さんご家族が、地域、ご自宅で安心して生活できるよう、さまざまなご相談をお受けしています</p> <p>〒319-1113 那珂郡東海村照沼825<br/>独立行政法人国立病院機構茨城東病院内<br/>電話:029-287-8627</p>                                                                                                                                                                                                                                 |

| 名 称                                 |                          | 内 容                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 茨城県精神保健福祉センター                       |                          | 心の健康の相談、思春期年代の方に関する相談、アルコールや薬物、ギャンブル等依存症に関する相談を行っています（面接相談はすべて予約制です）<br>〒310-0852 水戸市笠原町 993-2<br>電話:029-243-2870 FAX:029-244-6555                                                      |
| 茨城県中央児童相談所                          |                          | 原則として18歳未満の児童に関するあらゆる問題について相談に応じ、専門的な判定を行うとともに、必要な助言・指導を行っています<br>〒310-0005 水戸市水府町 864-16<br>電話:029-221-4150 FAX:029-221-4536                                                           |
| 茨城県福祉相談センター                         |                          | 身体障害者に関する相談を行うとともに、必要に応じて補装具の処方や適合判定及び自立支援医療費支給に関する判定を行います<br>18歳以上の知的障害者を対象に、相談や医学的・心理的判定を行い、必要な助言・指導を行っています<br>〒310-0011 水戸市三の丸 1-5-38<br>電話:029-221-0800 FAX:029-221-0811            |
| 茨城県立聴覚障害者福祉センターやすらぎ                 |                          | 手話通訳者・要約筆記者の養成、派遣を実施し、聴覚障害者の各種相談や研修・講習を行っています また、盲ろう者（目と耳の重複障害者）向け通訳・介助員の養成、派遣及び字幕入りDVDの制作、貸し出しもを行っています<br>〒310-0844 水戸市住吉町 349-1<br>電話:029-248-0029 FAX:029-247-1369                   |
| 茨城県発達障害者支援センターあい                    |                          | 自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥／多動性障害等の発達障害のある方やその家族の方、関係機関の相談に応じています<br>〒311-3131 東茨城郡茨城町小堤 285 番地5<br>電話:029-219-1222 FAX:029-292-5535                                             |
| 茨 城 県<br>障害児等<br>療育支援<br>事業<br>実施機関 | 茨城県立あすなろの郷<br>地域生活支援センター | 在宅の重症心身障害児（者）、知的障害児（者）などの地域における生活を支えるため、療育支援や相談等を行っています<br>〒319-0306 水戸市杉崎町 1460<br>電話:029-259-0024 FAX:029-259-0031                                                                    |
| 茨城県立視覚障害者福祉センター・点字図書館               |                          | 視覚障害者のための相談や各種講座の開催、歩行や点字等の生活訓練、点字・録音図書・雑誌の貸出、点訳・音訳奉仕員の養成等を行っています<br>〒310-0055 水戸市袴塚 1-4-64<br>電話:029-221-0098 FAX:029-221-0234                                                         |
| 身体障害者総合相談所                          |                          | 身体障害者の就労をはじめ、生活全般についての相談に応じます<br>月曜日から金曜午前10時～午後3時（日祝日・年末年始は除く）<br>来所相談（要予約）<br>〒310-0851 水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング 福社会館 2 階<br>一般社団法人茨城県身体障害者協議会内<br>電話:029-243-7010 FAX:029-243-7018 |

| 名 称                                                  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 街角の年金相談センター水戸                                        | 障害を事由とした年金の受給資格、裁定請求などの相談業務を行っています<br>事前予約の上ご来所ください(電話での相談は受け付けておりません)<br>〒310-0021 水戸市南町 3-4-10 水戸FFセンタービル1F<br>電話:029-231-6541                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 障害者なんでも相談室                                           | 障害のある方やその関係者からの生活・福祉など、さまざまな問題に関する相談に応じます<br>月曜日から金曜日 午前9時～12時、午後1時～4時30分<br>(祝日・年末年始は除く)<br>〒310-0851 水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング 福祉会館 2 階<br>電話:029-244-9588 FAX:029-243-3854                                                                                                                                                                                                          |
| 茨城県障害者権利擁護センター                                       | 障害者虐待に関する相談窓口です<br>月曜日から金曜日午前9時～午後5時(祝日・年末年始は除く)<br>〒310-0851 水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング 福祉会館 2 階<br>電話:029-353-8663 FAX:029-243-3854                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 茨城県障害者差別相談室                                          | 障害者の差別を専門とする相談窓口です<br>月曜日から金曜日午前9時～午後5時(祝日・年末年始は除く)<br>〒310-0851 水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング 福祉会館 2 階<br>電話:029-246-6049 FAX:029-243-3854<br>メール:s-sohdan@ibaikuseikai.com                                                                                                                                                                                                               |
| 水戸公共職業安定所<br>(ハローワーク)                                | 障害者の就職のための職業相談・職業紹介や就職後のフォローアップを行っています<br>〒310-8509 水戸市宮町 1-2-4 マイムビル8階<br>専門相談部門<br>電話:029-231-6221(内線 43#) FAX:029-224-0371                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 独立行政法人<br>高齢・障害・求職者雇用<br>支援機構<br>茨城支部茨城障害者職<br>業センター | 就職や職場復帰を目指す障害のある方に対して、次のサービスを提供しています<br>・ 職業評価・職業相談<br>就職や職場適応、職場復帰に関する相談、職業能力等の評価<br>・ 職業準備支援<br>各種作業、コミュニケーションやストレス対処の習得、自分に合った働き方の検討等の支援<br>・ ジョブコーチ支援<br>ジョブコーチが事業所を定期訪問して行う職場適応のための支援<br>・ 職場復帰支援(リワーク支援)<br>うつ病等のメンタル不調による休職者を対象とした職場復帰のための支援<br>※ 利用に際し、障害者手帳所持の有無は問いません<br>※ 利用料は無料です<br>※ 予約制ですので、事前にご連絡をお願いします<br>〒309-1703 笠間市鯉淵 6528-66<br>電話:0296-77-7373 FAX:0296-77-4752 |

## 民生委員・児童委員

法律に基づいて厚生労働大臣から委嘱され、担当地域の住民からの相談に応じたり、専門機関を紹介するなど、無報酬で住民の福祉の増進を図るための活動を行っています。

|     |                               |
|-----|-------------------------------|
| 窓 口 | 福祉総務課 電話:029-224-1111(内線)2523 |
|-----|-------------------------------|

## 身体障害者・知的障害者相談員

心身障害者の更生相談のため、水戸市長から委嘱された民間の協力者です。障害者又はその家族の方からのいろいろな相談に応じ、必要な指導や援助を行っています。お気軽にご相談ください。

|          | 氏 名    | 電 話                          |
|----------|--------|------------------------------|
| 身体障害者相談員 | 葛野 やす子 | 029-225-8010                 |
|          | 鈴木 孝子  | 029-222-3702                 |
|          | 大内 博人  | 029-253-9030                 |
|          | 照沼 友季子 | 029-303-8081<br>(FAX対応となります) |

|          | 氏 名   | 電 話           |
|----------|-------|---------------|
| 知的障害者相談員 | 根本 順子 | 090-4919-5754 |
|          | 加藤 郁子 | 029-259-5709  |

## 障害者に対する虐待を発見したとき・虐待を受けたとき

障害者に対する虐待を発見、または障害者本人が虐待を受けたときは、速やかに通報・届出を行ってください。市は、障害者の安全や虐待の事実を確認し、障害者の保護や養護者への支援、障害者福祉施設への調査などの対応を行います。障害者の生命の危険性が高い場合は、110番(警察)に連絡し、障害者の安全を確保してください。

| 通報先・届出先                                                       | 電話受付時間                                                                        |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 水戸市障害者虐待防止センター<br>電話:029-224-1120(専用ダイヤル)<br>FAX:029-221-4447 | 月～金曜日 8時30分～17時15分<br>(祝日、12月29日から翌年1月3日までを除く)<br>ただし、保護を要する緊急の場合は休日・夜間も対応します |

### 障害者虐待の種類

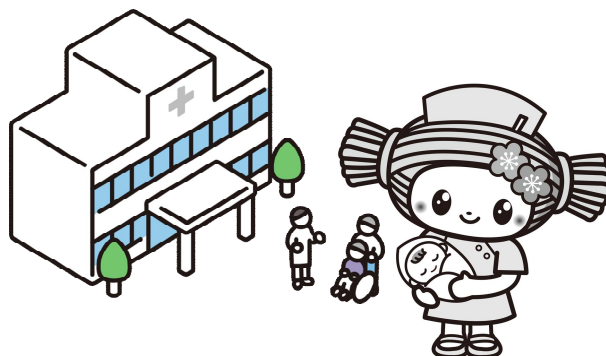
- ・ 養護者による虐待
- ・ 障害者福祉施設従事者等による虐待
- ・ 使用者(雇用主等)による虐待

### 障害者虐待の例

- ・ 身体的虐待・・・身体に痛みや傷が生じる暴力や体罰を与えたり、身体を拘束すること
- ・ 性的虐待・・・わいせつな行為をしたり、させたりすること
- ・ 心理的虐待・・・脅し、侮辱などの言葉や拒絶的な対応によって精神的苦痛を与えること
- ・ 放棄、放任(ネグレクト)・・・食事や入浴などの身の回りの世話や介助をしないこと
- ・ 経済的虐待・・・同意なしに本人の財産や年金を処分したり、日常生活に必要なお金を本人に与えないこと

## こどもの発達相談

|                                | 相談の内容・窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療的なことに<br>関する相談               | <b>茨城県立こども病院</b><br>水戸市双葉台 3-3-1<br>電話:029-254-1151(要紹介状、予約制) <a href="http://www.ibaraki-kodomo.com/">http://www.ibaraki-kodomo.com/</a><br>・小児疾患全般について他医療機関と連携しながら診療しています<br>・心理外来も設置されています                                                                                                                               |
| 療育、<br>保育、<br>保育に<br>関する<br>相談 | <b>茨城県中央児童相談所</b><br>水戸市水府町 864-16 電話:029-221-4150<br>・個別相談や観察・判定などを通して、療育・保育上のさまざまな相談に応じています                                                                                                                                                                                                                               |
|                                | <b>茨城県母子保健センター</b><br>水戸市緑町 3-5-35(茨城県看護協会内) 電話:029-221-1553<br>メール:boshihoken@ina.or.jp URL: <a href="http://www.ina.or.jp/">www.ina.or.jp/</a><br>・電話相談(予約不要):乳幼児の健康や子育てに関する相談を受け付けています<br>・発達相談(予約制):各市町村の保健センターから紹介された乳幼児を対象に、医師や臨床心理士が発達について適切な支援と相談を行います                                                              |
|                                | <b>水戸市こども発達支援センター「すくすく・みと」</b><br>水戸市上水戸 4-7-24 電話:029-253-3650 FAX:029-253-3655<br>・18歳までの発達に心配のあるお子さんに関する相談に応じています<br>・福祉サービス利用に関する相談に応じています<br>・療育に関する相談に応じています                                                                                                                                                          |
|                                | <b>療育指導教室(「幼児のことば・こころの教室」)</b><br>・ことばや情緒面の発達に心配がある4・5歳児(年中児・年長児)を対象に、個別または小集団による療育指導を行います<br>なかよし学級(こども発達支援センター五軒分室)水戸市金町 3-2-40 電話:029-221-7971<br>たんぽぽ学級(こども発達支援センター緑岡分室)水戸市見川町 2563 電話:029-244-6220<br>さくら学級(こども発達支援センター百合が丘分室)水戸市百合が丘町 997-204 電話:029-248-2766<br>なのはな学級(こども発達支援センター妻里分室)水戸市有賀町 2249-2 電話:029-259-2624 |
|                                | <b>子育て支援課 母子保健係</b><br>水戸市中央 1-4-1 電話:029-350-1216<br>・1歳6か月児、3歳児、5歳児健康診査や乳幼児の育児相談等を通して、発育発達を確認し、相談に応じています                                                                                                                                                                                                                  |



|          | 相談の内容・窓口                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 教育に関する相談 | <b>茨城県立盲学校</b><br>水戸市袴塚 1-3-1 電話:029-221-3388 FAX:029-225-4328<br>メール:shien@ibaraki-sb.ibk.ed.jp<br>・見えにくさで困っている乳幼児や児童生徒とその保護者並びに成人の方の相談・支援を行っています                                                                                                                                           |
|          | <b>茨城県立水戸聾学校 聴覚障害教育支援センター</b><br>水戸市千波町 2863 番地の 1 電話:029-241-1018 FAX:029-241-8148<br>メール:310rousien@mito-sd.ibk.ed.jp<br>・0才から就学前のきこえやことばに心配のある乳幼児とその保護者に対して教育相談を行っています。<br>・就学後のきこえない、またはきこえにくい児童生徒に対して、通級による指導や教育相談を行っています。また、在籍している学校への巡回相談も行っています。                                     |
|          | <b>茨城県立水戸特別支援学校</b><br>水戸市吉沢町 3979 電話:029-247-5924<br>・主に肢体不自由のある幼児、児童、生徒の教育相談に応じています                                                                                                                                                                                                        |
|          | <b>茨城県立水戸飯富特別支援学校</b><br>水戸市飯富町 3436 番地の 20 電話:029-229-7453<br>・知的な発達に心配のある幼児、児童、生徒の教育相談に応じています                                                                                                                                                                                              |
|          | <b>茨城県立内原特別支援学校</b><br>水戸市鯉淵町 2570 電話:029-259-5813<br>・知的な発達に心配のある幼児、児童、生徒の教育相談に応じています                                                                                                                                                                                                       |
|          | <b>茨城県立水戸高等特別支援学校</b><br>水戸市下大野町 6212 電話:029-269-6212<br>・知的な発達に心配のある幼児、児童、生徒の教育相談に応じています                                                                                                                                                                                                    |
|          | <b>五軒小学校言語障害通級指導教室</b><br>水戸市金町 3-2-25 電話:029-224-2900<br><b>浜田小学校 LD/ADHD 通級指導教室</b><br>水戸市浜田 1-1-1 電話:029-224-2717<br><b>常磐小学校言語障害通級指導教室</b><br>水戸市西原 1-3-12 電話:029-224-2272<br><b>第三中学校 LD/ADHD 通級指導教室</b><br>水戸市朝日町 2882-1 電話:029-224-5508<br>・特別な配慮を要する児童生徒の状態に合わせて通級し、個別、又は小集団で学習する場です |
|          | <b>水戸市総合教育研究所 教育研究課 特別支援教育係</b><br>水戸市笠原町 978-5 電話:029-244-1331<br>・発達に心配のある児童生徒に関する相談や就学相談を行っています                                                                                                                                                                                           |

## 12. スポーツ・文化

### スポーツ大会

|                      | 内 容                                                                                        | 備 考                                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 水戸市パラスポーツ・レクリエーション大会 | スポーツ及びレクリエーション活動を通じて障害者の体力の増進を図り、併せて社会参加と生きがいづくりを促進することを目的として、毎年、パラスポーツ・レクリエーション大会が開催されます  | 期日 11月中旬<br>場所 内原ヘルスパーク                                                                |
| 茨城県障害者スポーツ大会         | 県内の障害者のスポーツを通じた自立と社会参加を推進するとともに、県民の障害者に対する理解と認識を深めることを目的として、毎年、障害者（身体・知的・精神）のスポーツ大会が開催されます | 個人競技 期日 5月<br>団体競技 期日 8、9月<br>レクリエーション競技 期日 9月<br>場所 水戸信用金庫スタジアム<br>(茨城県笠松運動公園陸上競技場)ほか |

### 文化

|                                             | 内 容                                                                                                            | 備 考                                                                                              |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふれあいのひろば                                    | 障害者の社会への「完全参加と平等」を目指し、各障害者団体を中心に「ふれあいのひろば」を開催して、障害のある人もない人もともに生きる社会づくりをめざしています                                 | 期日 10月                                                                                           |
| いばらきパラアーティストフェスティバル<br>(旧ナイスハートふれあいフェスティバル) | 障害児者の福祉の向上と県民の障害児者に対する理解と認識を深めることを目的として、12月3日から12月9日までの障害者週間に合わせて、障害児者による音楽・ダンス等を発表する文化活動や絵画・書道等の作品展示などが行われます。 | 発表会、作品販売、模擬店、交流会<br>期日 12月5日(土)<br>美術展<br>期日 12月3日(木)～7日(月)<br>場所 ザ・ヒロサワ・シティ会館<br>(茨城県立県民文化センター) |

### 機能回復訓練

|         | 内 容                                                                                                              | 備 考     |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 機能回復訓練会 | 市内に居住する在宅の障害者（児）の方々を対象に毎年機能回復訓練会を行っています<br>市内の障害者団体の連合体である水戸市障害者（児）福祉団体連合会が主催し、家族を含めたくさんの方が参加し、野外訓練やバスの旅を楽しんでいます | 期日 5月上旬 |

## 13. 関連資料

### 水戸市障害者（児）福祉団体連合会加盟団体

| 団 体 名                        | 連 絡 先                                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 水戸市視覚障害者協会                   | 電話:029-225-8010(葛野)                                     |
| 水戸市聴覚障害者協会                   | FAX:029-297-1565(松嶋)                                    |
| 水戸手をつなぐ育成会                   | 事務局 根本 電話:090-4919-5754                                 |
| 水戸市肢体不自由児者父母の会               | 事務局 船木 電話:080-4855-2303                                 |
| あけぼの水戸<br>水戸重症心身障害児者         | 電話:029-253-1076(あけぼの学園)                                 |
| 水戸市手をつなぐ親の会連絡協議会             | 事務局 水戸市立赤塚小学校(担当 足田)<br>電話:029-253-4301                 |
| 水戸地区精神保健福祉会                  | 事務局 清水 電話:090-2622-7182<br>FAX: 029-253-0816            |
| 上記団体の連合会<br>水戸市障害者（児）福祉団体連合会 | 事務局 水戸市ボランティア会館内<br>電話:029-309-1001<br>FAX:029-309-5525 |

### その他の団体

| 団 体 名           | 事務所(連絡先)                            | 電 話                              |
|-----------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 水戸市社会福祉協議会      | 水戸市赤塚 1-1 ミオス 2 階<br>水戸市福祉ボランティア会館内 | 029-309-5001<br>FAX:029-309-5525 |
| 茨城県社会福祉協議会      | 水戸市千波町 1918<br>セキショウ・ウェルビーイング 福祉会館内 | 029-241-1133<br>FAX:029-241-1434 |
| 茨城県心身障害者福祉協会    | 〃                                   | 029-244-7461<br>FAX:029-243-4429 |
| 茨城県身体障害者福祉団体連合会 | 〃                                   | 029-241-8295<br>FAX:029-243-7490 |
| 茨城県身体障害者福祉協議会   | 〃                                   | 029-243-7010<br>FAX:029-243-7018 |
| 茨城県視覚障害者協会      | 水戸市袴塚 1-4-64<br>視覚障害者福祉センター内        | 029-221-0098<br>FAX:029-221-0234 |
| 茨城県聴覚障害者協会      | 水戸市住吉町 349-1<br>県立聴覚障害者福祉センターやすらぎ内  | 029-248-0882<br>FAX:029-246-0998 |

| 団 体 名                 | 事務所(連絡先)                                                                                                                                                                                                  | 電 話                                             |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 茨城県手をつなぐ育成会           | 水戸市千波町 1918<br>セキショウ・ウェルビーイング 福祉会館内                                                                                                                                                                       | 029-243-3838                                    |
| 茨城県肢体不自由児協会           | //                                                                                                                                                                                                        | //                                              |
| 茨城県肢体不自由児(者)父母の会連合会   | //                                                                                                                                                                                                        | //                                              |
| 茨城県難病団体連絡協議会          | //                                                                                                                                                                                                        | 029-244-4535                                    |
| 茨城県腎臓病患者連絡協議会         | //                                                                                                                                                                                                        | 029-244-2825<br>FAX:029-244-2813                |
| 茨城県自閉症協会              | 東茨城郡茨城町小幡北山 2766-36<br>社会福祉法人梅の里内<br>mail : <a href="mailto:asibaraki@yahoo.co.jp">asibaraki@yahoo.co.jp</a><br>HP: <a href="https://asibaraki2020.jimdofree.com">https://asibaraki2020.jimdofree.com</a> | 070-2009-7946<br>(留守番電話で対応)<br>FAX:029-292-5310 |
| 茨城県重症心身障害児(者)を守る会     | 日立市かみあい町 3-6-8 (藤枝)                                                                                                                                                                                       | 0294-42-8422                                    |
| NPO法人茨城県中途失聴・難聴者協会    | つくば市上ノ室 1892-4 (齋藤)                                                                                                                                                                                       | 029-857-5138(FAX 兼)                             |
| 日本オストミー協会茨城県支部        | 水戸市元吉田町 1065-7 (中村)                                                                                                                                                                                       | 029-247-7836                                    |
| 日本筋ジストロフィー協会茨城県支部     | 水戸市元石川町 2498-11 (飯村)                                                                                                                                                                                      | 090-7686-6025<br>(有賀)                           |
| 茨城県バーチエット病患者家族会       | —                                                                                                                                                                                                         | 0294-35-0382<br>(蛭田)                            |
| 茨城肝臓友の会(ひばりの会)        | 土浦市生田町 6-21 (高瀬)                                                                                                                                                                                          | 029-823-7144                                    |
| 茨城県心臓病の子どもを守る会        | 水戸市元吉田町 2236-5 (佐々木)                                                                                                                                                                                      | 090-9679-4409                                   |
| 茨城県ダウン症協会             | ひたちなか市田宮原 4038-19(黒澤)                                                                                                                                                                                     | 090-1849-7534                                   |
| 全国筋無力症友の会茨城支部         | —                                                                                                                                                                                                         | 0297-73-1518<br>(前田)                            |
| 全国パーキンソン病友の会茨城県支部     | —                                                                                                                                                                                                         | 090-4242-2167<br>(小田)                           |
| 日本てんかん協会茨城県支部         | 水戸市見川 5-1251-87 (中庭)                                                                                                                                                                                      | 029-251-3254                                    |
| 日本リウマチ友の会茨城支部         | つくばみらい市南太田 309-4(會澤)                                                                                                                                                                                      | 0297-58-5075                                    |
| いばらき UCD CLUB         | —                                                                                                                                                                                                         | 029-246-2285<br>(吉川)                            |
| 日本ALS協会茨城県支部          | —                                                                                                                                                                                                         | 090-4827-9728<br>(小倉)                           |
| 茨城県後縦・黄色靱帯骨化症患者とその家族会 | —                                                                                                                                                                                                         | 090-4004-3911<br>(藤原)                           |
| 水戸市ダウン症児(者)親の会つぼみ     | —                                                                                                                                                                                                         | 029-255-0155(鍵)<br>(留守番電話で対応)                   |

# 14. 障害程度等級表

身体障害者障害程度等級表(その1)

| 級別          |        | 1 級                                                                            | 2 級                                                                                                                                                                                              | 3 級                                                                                                                                                                            |
|-------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視覚障害        |        | 視力の良い方の眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。)が0.01以下のもの | 1 視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの<br>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<br>3 周辺視野角度(1/4 視標による、以下同じ。)の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度(1/2 視標による、以下同じ。)が28度以下のもの。<br>4 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 | 1 視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの(2級の2に該当するものを除く。)<br>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<br>3 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下のもの<br>4 両眼開放視認定数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 聴覚障害   |                                                                                | 両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)                                                                                                                                                                 | 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)                                                                                                                                    |
|             | 平衡機能障害 |                                                                                |                                                                                                                                                                                                  | 平衡機能の極めて著しい障害                                                                                                                                                                  |
| 音声機能の障害     | 音声機能   |                                                                                |                                                                                                                                                                                                  | 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失                                                                                                                                                           |
| 肢体不自由       | 上肢機能障害 | 1 両上肢の機能を全廃したもの<br>2 両上肢を手関節以上で欠くもの                                            | 1 両上肢の機能の著しい障害<br>2 両上肢のすべての指を欠くもの<br>3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの<br>4 一上肢の機能を全廃したもの                                                                                                                    | 1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの<br>2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの<br>3 一上肢の機能の著しい障害<br>4 一上肢のすべての指を欠くもの<br>5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの                                                             |
|             | 下肢機能障害 | 1 両下肢の機能を全廃したもの<br>2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの                                        | 1 両下肢の機能の著しい障害<br>2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの                                                                                                                                                           | 1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの<br>2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの<br>3 一下肢の機能を全廃したもの                                                                                                                |
|             | 体幹機能障害 | 体幹の機能障害により座っていることができないもの                                                       | 1 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの<br>2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの                                                                                                                                      | 体幹の機能障害により歩行が困難なもの                                                                                                                                                             |
|             | 上肢機能障害 | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの                                           | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの                                                                                                                                                             | 不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの                                                                                                                                           |
|             | 移動機能障害 | 不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの                                                          | 不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの                                                                                                                                                                        | 不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの                                                                                                                                             |

備考

| 4 級                                                                                                                                                                                                                                          | 5 級                                                                                                                                                                   | 6 級                                                                                              | 7 級                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの(3級の2に該当するものを除く)<br>2 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの<br>3 両眼開放視認点数が70点以下のもの                                                                                                                                           | 1 視力の良い方の眼の視力が0.2かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの<br>2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの<br>3 両眼中心視野角度が56度以下のもの<br>4 両眼開放視認点数が70点を超えかつ100点以下のもの<br>5 両眼中心視野視認点数が40点以下のもの                      | 視力の良い方の眼の視力が0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの                                                        |                                                                                                                                                                        |
| 1 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話声を理解し得ないもの)<br>2 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       | 1 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの)<br>2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの |                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 平衡機能の著しい障害                                                                                                                                                            |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |
| 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |
| 1 両上肢のおや指を欠くもの<br>2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの<br>3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を著しい障害<br>4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの<br>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの<br>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの<br>7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの<br>8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能を著しい障害 | 1 両上肢のおや指の機能の著しい障害<br>2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を著しい障害<br>3 一上肢のおや指を欠くもの<br>4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの<br>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害<br>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害 | 1 一上肢のおや指の機能の著しい障害<br>2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの<br>3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの                      | 1 一上肢の機能の軽度の障害<br>2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害<br>3 一上肢の手指の機能の軽度の障害<br>4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害<br>5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの<br>6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの |
| 1 両下肢のすべての指を欠くもの<br>2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの<br>3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの<br>4 一下肢の機能の著しい障害<br>5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの<br>6 一下肢が健側に比して10cm以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの                                                                                     | 1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害<br>2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの<br>3 一下肢が健側に比して5cm以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの                                                                                | 1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの<br>2 一下肢の足関節の機能の著しい障害                                                       | 1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害<br>2 一下肢の機能の軽度の障害<br>3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害<br>4 一下肢のすべての指を欠くもの<br>5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの<br>6 一下肢が健側に比して3cm以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 体幹の機能の著しい障害                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |
| 不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの                                                                                                                                                                                                  | 不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの                                                                                                                              | 不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの                                                                           | 上肢に不随意運動・失調等を有するもの                                                                                                                                                     |
| 不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの                                                                                                                                                                                                            | 不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの                                                                                                                                        | 不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの                                                                            | 下肢に不随意運動・失調等を有するもの                                                                                                                                                     |

7 6 5 4 3 2 1  
 同一の等級について2つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、2つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、該当等級とする。  
 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。  
 異なる等級については2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上の級とすることができる。  
 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下は指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものとする。  
 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長(上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの)をもって計測したものという。  
 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものという。

## 身体障害者障害程度等級表(その2)

| 級別                                                    |                      | 1級                                      | 2級                                      | 3級                                                                 | 4級                                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 心臓じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害 | 心臓機能障害               | 心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの       |                                         | 心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                                  | 心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの              |
|                                                       | じん臓機能障害              | じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの      |                                         | じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                                 | じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの             |
|                                                       | 呼吸器機能障害              | 呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの      |                                         | 呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                                 | 呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの             |
|                                                       | ぼうこう又は直腸機能障害又は       | ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの |                                         | ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                            | ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの        |
|                                                       | 小腸機能障害               | 小腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの       |                                         | 小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの                                  | 小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの              |
|                                                       | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。) | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの |
|                                                       | 肝臓機能障害               | 肝臓の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの              | 肝臓の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの              | 肝臓の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)              | 肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの              |

## 精神障害者保健福祉手帳の障害程度の判定等

- (1) 1 級 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) 2 級 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
- (3) 3 級 日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若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

## 療育手帳の障害程度の判定等

### 1 障害程度の判定方法

障害の程度は、知能水準及び生活能力により総合的に判定する。ただし、身体障害者手帳の交付を受けている場合は、その障害の等級を加味し、総合的に判定する。

#### (1) 知能水準

標準化された個別式知能検査により測定された知能指数により以下のとおり判定

| 知能水準 | 知能指数         |
|------|--------------|
| I    | おおむね20以下     |
| II   | おおむね21以上35以下 |
| III  | おおむね36以上50以下 |
| IV   | おおむね51以上70以下 |

#### (2) 生活能力

生活能力は、日常生活能力及び保健面、行動面により判断するものとする。

生活能力の程度はa、b、c、dの4段階とし、その判断基準等は、「茨城県療育手帳判定マニュアル」に定める。

### 2 障害の程度の区分

障害の程度は、次の基準により最重度「㊤」、重度「A」、中度「B」、軽度「C」に区分するものとする。

#### (1) 最重度「㊤」

- ① 知能水準がIと判定された者
- ② 知能水準がIIと判定され、かつ生活能力の程度がaと判定された者
- ③ 知能水準がIIと判定された者であって、1級又は2級の身体障害者手帳の交付を受けている者

#### (2) 重度「A」

- ① 知能水準がIIと判定された者（前号②に掲げる者を除く。）
- ② 知能水準がIIIと判定され、かつ生活能力の程度がaに判定された者
- ③ 知能水準がIIIと判定された者であって、1級、2級又は3級の身体障害者手帳の交付を受けている者

#### (3) 中度「B」

- ① 知能水準がIIIと判定された者（前号②に掲げる者を除く。）
- ② 知能水準がIVと判定され、かつ生活能力の程度がaに判定された者
- ③ 知能指数がおおむね51以上60以下と判定された者であって、4級の身体障害者手帳の交付を受けている者

#### (4) 軽度「C」

知能水準がIVと判定された者（前号②に掲げる者を除く。）