障害者福祉の手引

令和８年度

【期中改訂版】

武蔵村山市

※ **制度の内容を変更した場合や、事前に申請をいただかないと助成できない場合があります。事前に詳細を各担当窓口に確認くださいますようお願いいたします。**

- **令和８年１１月現在の情報で作成しました。**
- **紙面の都合上、制度の内容等は簡略化し掲載してあります。**

・丸番号（①②③…）は基本的な必要書類等を示しています。

申請等にあたり、掲載のもの以外のものが必要となる場合があります。

・個人番号カードについて

個人番号カード未発行の場合は、個人番号入り住民票及び官公署が発行している顔写真付の書類（運転免許証・各種手帳等）で代えることができます。

代理人による手続きの場合、代理人の身元確認書類、委任状、登記事項証明書のほか必要な書類がある場合があります。

・印鑑について

認印で結構です。スタンプ印以外のものをご用意ください。

目　　次

（数字はページ番号です）

手　　帳	1	身体障害者手帳
	3	愛の手帳（療育手帳）
	4	精神障害者保健福祉手帳
医　　療	6	自立支援医療(精神通院)
	8	自立支援医療(更生医療)
	9	自立支援医療(育成医療)
	10	心身障害者医療費助成
	10	心身障害児医療費助成
	11	小児精神入院医療費助成
	12	難病医療費等助成
	13	小児慢性疾患医療費助成
	14	肝炎治療医療費助成

手当・年金	16	心身障害者福祉手当
	16	特別障害者手当・障害児福祉手当
	17	重度心身障害者手当
	18	特別児童扶養手当
	19	水道・下水道料金の減免
	20	児童育成手当
	21	特殊疾病患者福祉手当
	21	障害年金
日常生活の援助	22	補装具費支給制度
	24	中等度難聴児発達支援事業
	25	日常生活用具
	31	住宅設備改善
	32	ガソリン費等助成
	34	福祉タクシー券
	35	移送サービス
	36	自動車改造費助成
	37	運転免許取得費助成
	38	おむつ給付
	39	訪問入浴サービス
	40	救急通報システム
	41	重度脳性麻痺者介護人派遣
	41	重症心身障害児（者）・医療的ケア児等への支援
	42	在宅レスパイト・就労等支援
	43	手話通訳者の派遣
	44	遠隔手話通訳サービスタブレットの設置・手話通訳者設置事業
	45	通所費助成制度・グループホーム家賃助成
	46	個別支援ファイル「むさしむらやまマイファイル」
	46	ヘルプバンダナ

障害福祉サービス	47	サービスの種類
	49	利用の手続き
	49	支給決定までの流れ
	50	利用者負担
	50	軽減制度
税金の控除・免除	51	所得税の障害者控除
	51	住民税の障害者控除等
	52	自動車税・自動車取得税の減免
	53	軽自動車税の免除
交通機関の優遇	54	ＪＲ線・私鉄の割引
	54	市内循環バス（MMシャトル）の割引
	55	都営交通無料乗車券
	56	精神障害者都営交通乗車証
	56	民営バス割引
	57	有料道路割引
	58	駐車禁止規制の適用除外
	58	タクシー料金の割引
公共料金の減免	59	ＮＨＫ放送受信料減免
	59	水道・下水道料金の減免
	60	家庭廃物処理手数料の減免（指定取集袋の交付）
選　　挙	61	郵便等による不在者投票・代理投票・点字投票制度
就労支援	63	就労支援
余暇活動	64	障害者休養ホーム

相談窓口	65　基幹相談支援センター・精神保健福祉一般相談
	66　ピアカウンセリング（障害者による相談）・ふくし法律相談
	66　福祉サービス総合相談・成年後見制度の相談
	67　難病相談・小児慢性特定疾病相談
	67　医療的ケア児を育てる保護者の就労に関するオンライン相談
	68　発達障害相談
	69　電話リレーサービス
資　　料	70　関係機関一覧

手 帳

❖ 身体障害者手帳

身体障害者手帳は、身体障害者福祉法に基づき交付されるものです。

■ **手帳の種類**

- 視覚障害１～６級
- 聴覚又は平衡機能障害２～６級
- 音声・言語又はそしゃく機能障害３・４級
- 肢体不自由（上肢・下肢・体幹）１～７級（７級のみの場合、手帳は交付されません。）
- 内部障害（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸）１・３・４級
  （ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害・肝臓）１～４級

■ **交付申請**

① 身体障害者手帳交付等申請書
② 身体障害者診断書（身体障害者福祉法第１５条の指定医によるもの）
※指定医が属する医療機関に対し、身体障害者手帳の申請をするため、診断書の作成を依頼したい旨を伝え、予約を入れてください。
※診断書用紙は、障害福祉課窓口でお渡しできますので、お申し出ください。
③ 写真１枚（縦４cm×横３cm、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）
④ 個人番号カード、通知カード又はマイナンバー記載済住民票
※マイナンバーカード以外の場合は、写真付の身分証明書も必要です。
⑤ 委任状（代理人申請の場合）

■ **手帳の形式が選択できます**

詳細につきましては、５ページの障害者手帳のカード化のお知らせをご覧ください。

※ 交付を受けた後、以下の場合は手続きが必要です。

◇ **等級変更・障害追加**（障害の程度が変わったときや、新たな障害が加わったとき）

① 身体障害者手帳交付等申請書
② 身体障害者診断書（身体障害者福祉法第１５条の指定医によるもの）
③ 写真１枚（縦４cm×横３cm、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）
④ 個人番号カード、通知カード又はマイナンバー記載済住民票
※マイナンバーカード以外の場合は、写真付の身分証明書も必要です。
⑤ 委任状（代理人申請の場合）

◇ **再交付**（手帳を紛失・破損したとき）

① 身体障害者手帳交付等申請書
② 写真１枚（縦４cm×横３cm、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）
③ 個人番号カード、通知カード又はマイナンバー記載済住民票
※マイナンバーカード以外の場合は、写真付の身分証明書も必要です。
④ 委任状（代理人申請の場合）

◇ **居住地変更・氏名変更**（居住地・氏名を変更したとき）

居住地変更の場合は、新しい居住地にて届出ください。

① 身体障害者手帳交付等申請（届出）書

② 身体障害者手帳

③ 個人番号カード、通知カード又はマイナンバー記載済住民票

※マイナンバーカード以外の場合は、写真付の身分証明書も必要です。

④ 委任状（代理人申請の場合）

◇ **手帳返還**（死亡、障害程度の変更・非該当、手帳再交付後に亡失した手帳を発見したとき）

① 身体障害者手帳交付等申請（届出）書

② 身体障害者手帳

③ 個人番号カード等（個人番号がわかるもの）

❖ 愛の手帳　（療育手帳）

愛の手帳は、東京都愛の手帳交付要綱に基づき、知的障害者（児）の保護及び自立更生の援助を図るとともに、知的障害者（児）に対する社会の理解と協力を深めるために交付し、福祉の増進に資することを目的としています。

■ **障害程度**

１度（最重度）・２度（重度）・３度（中度）・４度（軽度）

■ **判定・交付申請及び他道府県からの転入申請窓口**

予約する必要があります。

１８歳未満の方…小平児童相談所　　TEL　042-467-3711

１８歳以上の方…東京都心身障害者福祉センター

本所（飯田橋庁舎）　　TEL　03-3235-2949

多摩支所　　TEL　042-573-3311

■ **手帳の形式が選択できます**

詳細につきましては、５ページの障害者手帳のカード化のお知らせをご覧ください。

■ **手帳の更新**

３歳、６歳、１２歳、１８歳に達したとき、又は障害の程度に著しい変化が生じたときは、手帳の更新手続をとることができます。手続きは、新規の交付申請と同様です。

※　交付を受けた後、以下の場合は手続きが必要です。窓口は障害福祉課です。

◇　**再交付**（手帳を紛失・破損したとき）

①　愛の手帳交付（再交付）申請書

②　写真１枚（縦４cm×横３cm、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）

◇　**居住地変更・氏名変更**（居住地・氏名を変更したとき）

居住地変更の場合は、新しい居住地にて届出ください。

①　愛の手帳変更（返還）届

②　愛の手帳

◇　**手帳返還**（死亡、年齢更新、都外転出、再交付後に亡失した手帳を発見したとき等）

①　愛の手帳返還届

②　愛の手帳

❖ 精神障害者保健福祉手帳

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条に基づき交付されるもので、精神障害のある方が、一定の障害にあることを証明するものです。精神障害のある方が自立して生活し、社会参加するための手助けとなります。

■ **対象者**

精神障害のため、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方

■ **障害程度**

１級から３級まで

■ **有効期限**

交付日から２年後の月末まで

■ **交付申請・更新申請・等級変更**

更新は、有効期限が終了する日の３か月前から申請できます。

以下の必要書類等のほかに必要なものがある場合があります。

① 障害者手帳申請書

② 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）又は年金証書（裁定通知書・振込通知書）の写し

診断書は、精神障害に係る初診日から６か月を経過した日以後の日に作成され、作成日が申請日以前３か月以内のもの

年金証書は、精神障害を支給事由とするもので、障害の等級が１級１０号、２級１６号、又は診断書の種類が７と記載されたもの

③ 同意書（年金証書の写しで申請する場合のみ）

④ 写真１枚（縦４㎝×横３㎝、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）

⑤ 精神障害者保健福祉手帳の写し（更新の場合）

⑥ 個人番号カード

⑦ 印鑑（委任状を提出する場合は必要です）

■ **手帳の形式が選択できます**

詳細につきましては、５ページの障害者手帳のカード化のお知らせをご覧ください。

※ 交付を受けた後、以下の場合は手続きが必要です。

◇ **再交付**（手帳を紛失・破損したとき）

① 障害者手帳再交付申請書

② 写真１枚（縦４㎝×横３㎝、脱帽、上半身、１年以内の撮影、裏に氏名・生年月日を記入）

③ 印鑑（同意書、委任状等を提出する場合は必要です）

◇ **居住地変更・氏名変更**（居住地・氏名を変更したとき）

居住地変更の場合は、新しい居住地にて届出ください。

① 障害者手帳記載事項変更届

② 精神障害者保健福祉手帳

③ 印鑑（委任状を提出する場合は必要です）

◇ **他道府県からの転入**

他道府県手帳所持者の転入の場合は他道府県手帳の有効期限終期で都の手帳を交付します。

① 障害者手帳申請書

② 障害者手帳記載事項変更届

③ 写真１枚（縦４㎝×横３㎝、脱帽、上半身、１年以内の撮影）

④ 他道府県で交付された精神障害者保健福祉手帳の写し
⑤ 個人番号カード
⑥ 印鑑（委任状を提出する場合は必要です）

障害者手帳のカード選択化のお知らせ

障害者手帳の様式は、これまで紙形式のみとされていましたが、利用者が希望する場合は、カード形式の障害者手帳を交付することができるようになりました。

東京都においても障害者手帳の交付申請時にカード形式への選択が可能となり、申請窓口である武蔵村山市障害福祉課にて受付をしています。

なお、カード形式の障害者手帳を希望されない方は、現在の紙形式の障害者手帳を選択できます。

※すでに障害者手帳をお持ちの方は、引き続き使用可能です。
※カード形式と紙形式の障害者手帳両方を所持することはできません。

■ カード形式の手帳の特徴

① カード券面の大きさは、横 85.60 ミリメートル×縦 53.98 ミリメートルです。運転免許証と同じ大きさです。
② 「カードと別冊」の仕様となり、カバーが付きます。
③ 各種サービスの申請をされる際は、紙形式の手帳同様、別冊も合わせてお持ちください。
④ IC チップ等は搭載されておりません。

医 療

❖ 自立支援医療（精神通院）

精神障害者がその有する能力及び適性に応じて、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、精神障害の状態の軽減のために必要な医療について自立支援医療費を支給することにより、精神障害者の福祉の増進と精神障害の適正な医療の普及を図るものです。

■ 対象者

精神疾患を理由として、通院医療を継続的に要する方

■ 有効期間

申請日から１年後の月末まで

■ 自己負担と所得区分

医療費の１割が自己負担となります。本人の収入や世帯（受診者と同じ医療保険に加入するすべての方）の所得・疾患等に応じて自己負担の負担上限月額が設定されています。

■ 所得区分表

<table>
<tr><td>生活保護</td><td>低所得１</td><td>低所得２</td><td>中間層１</td><td>中間層２</td><td>一定以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活保護世帯</td><td colspan="2">区市町村民税非課税世帯</td><td colspan="3">区市町村民税所得割合計</td></tr>
<tr><td>本人収入８０万円以下
（注１）</td><td>本人収入８０万円を超える
（注１）</td><td>３万３千円未満</td><td>３万３千円以上
２３万５千円未満</td><td>２３万５千円以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">負担０円</td><td rowspan="3">負担上限額
2,500 円</td><td rowspan="3">負担上限額
5,000 円</td><td colspan="2">負担上限額
医療保険の自己負担限度額</td><td>対象外</td></tr>
<tr><td colspan="3">重度かつ継続（★）</td></tr>
<tr><td>負担上限額
5,000 円</td><td>負担上限額
10,000 円</td><td>負担上限額
20,000 円</td></tr>
</table>

★ 重度かつ継続の範囲については、以下のとおりです。

・疾病、症状等から対象となる方

統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害若しくは薬物関連障害（依存症等）の方又は集中・継続的な医療を要する者として精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方

・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる方

医療保険の多数該当の方（高額療養費の支給回数が申請前１２か月に３回以上ある場合）

注１　令和８年７月より８２６，５００円に改正されます。

■ 支給申請・更新申請

更新の場合は、有効期限終了日の３か月前から申請できます。

以下の必要書類等のほかに必要なものがある場合があります。

① 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

② 自立支援医療診断書（精神通院）（作成日から３か月以上経過していないもの）

精神障害者保健福祉手帳と同時申請の場合、手帳用診断書でも可能です。ただし、重度かつ継続を希望される方は「重度かつ継続に関する意見書」の添付も必要となる場合があります。（課税者のみ）

更新申請について、診断書の提出は２年に１度ですが、有効期間を過ぎてしまった場合は診断書の提出が必要です。

③ 加入医療保険の資格確認書等、被保険者氏名がわかるもの

国民健康保険（組合団保含む）は、同一保険加入者全員分が必要です。

④ 直近の年金改定通知書等（低所得者の障害年金受給者のみ）

⑤ 個人番号カード（受診者が１８歳未満の方は保護者の分も必要）

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

⑥　自立支援医療受給者証（更新の場合）

⑦　印鑑（委任状が必要な場合）

■　**医療費助成（都単）**

社会保険加入者・後期高齢者医療受給者・国民健康保険組合加入者で低所得の方に対し、自立支援医療で自己負担となる額を東京都が助成します。

■　**国保受給者証（精神通院）**

国保加入者で低所得の方に対し、自立支援医療で自己負担となる額を国保が助成します。武蔵村山市国保の方は障害福祉課で代理受領しますが、他区市町村の国保の方はご自身で加入の区市町村へ申請してください。

■　**月額負担上限額管理票**

負担上限月額が設定された方に交付します。自己負担額が上限額に達したときに、医療機関等がそれ以上徴収しないように管理するためのものです。患者本人は、受診等の際に毎回受給者証と一緒に提示する必要があります。

※　以下の場合は手続きが必要です。（委任状が必要な場合は、印鑑が必要です。）

◇　**再交付**（受給者証を紛失・破損したとき）

①　自立支援医療（精神通院）受給者証再交付申請書

②　自立支援医療受給者証（破損・汚損の場合）

③　個人番号カード

◇　**追加交付**（医療機関を追加するとき）

患者１人につき１医療機関が原則ですが、合理的な理由がある場合に、他の医療機関の追加を認めています。（本人の理由によるものは不可）

①　自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

②　理由書（医師の指示内容を本人が記入）

③　自立支援医療受給者証

④　個人番号カード（受診者が１８歳未満の方は保護者の分も必要）

◇　**住所・氏名・保険変更**（住所・氏名・保険種別を変更したとき）

住所変更の場合は、新しい住所地での届出となります。

①　自立支援医療（精神通院）受給者証等記載事項変更届

②　自立支援医療受給者証

③　加入医療保険の資格確認書等（保険変更の場合必要）、被保険者がわかるもの
国民健康保険（組合国保含む）は同一保険加入者全員分が必要です。

④　個人番号カード（受診者が１８歳未満の方は保護者の分も必要）

⑤　自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（保険変更かつ月額負担上限額変更の場合）

◇　**医療機関・所得区分等の変更**（病院・薬局変更、所得区分を変更したとき）

病院・薬局の変更は申請受理日から適用されます。

所得区分の変更は申請受理日の翌月初日から適用されます。

（次ページに続きあります）

① 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書
② 自立支援医療受給者証
③ 個人番号カード（受診者が１８歳未満の方は保護者の分も必要）

◇ **他道府県からの転入**

① 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書
② 自立支援医療（精神通院）受給者証等記載事項変更届
③ 他道府県の自立支援医療受給者証
④ 加入医療保険の資格確認書等、被保険者がわかるもの
国民健康保険（組合団保含む）は同一保険加入者全員分が必要です。
⑤ 個人番号カード（受診者が１８歳未満の方は保護者の分も必要）

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

❖ 自立支援医療（更生医療）

障害者総合支援法の規定により、１８歳以上の方の障害の除去又は軽減が見込まれるなど当該障害に対して確実な治療の効果が期待できる医療について自立支援医療費を支給します。

■ **対象者**

身体障害者手帳を所持している１８歳以上の方

■ **自己負担と所得区分**

医療費の１割が自己負担です。受診者の世帯（受診者と同じ医療保険に加入するすべての方）の所得に応じて自己負担の負担上限月額が設定されています。

所得区分表

<table>
<tr><td>生活保護</td><td>低所得１</td><td>低所得２</td><td>中間層１</td><td>中間層２</td><td>一定以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活保護世帯</td><td colspan="2">区市町村民税非課税世帯</td><td colspan="3">区市町村民税所得割合計</td></tr>
<tr><td>本人収入８０万円以下
（注１）</td><td>本人収入８０万円を超える
（注１）</td><td>３万３千円未満</td><td>３万３千円以上
２３万５千円未満</td><td>２３万５千円以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">負担０円</td><td rowspan="3">負担上限額
2,500 円</td><td rowspan="3">負担上限額
5,000 円</td><td colspan="2">負担上限額
医療保険の自己負担限度額</td><td>対象外</td></tr>
<tr><td colspan="3">重度かつ継続（★）</td></tr>
<tr><td>負担上限額
5,000 円</td><td>負担上限額
10,000 円</td><td>負担上限額
20,000 円</td></tr>
</table>

★重度かつ継続の範囲については、以下のとおりです。

・疾病、症状等から対象となる方

じん臓機能、小腸機能、免疫機能、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法のみ）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法のみ）

・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる方

医療保険の多数該当の方（高額療養費の支給回数が申請前１２か月に３回以上ある場合）

注１　令和８年７月より８２６，５００円に改正されます。

■ **支給申請**

① 自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書
② 自立支援医療費（更生医療）給付要否意見書又は概略書
③ 自立支援医療費（更生医療）見積り明細書
④ 身体障害者手帳
⑤ 同意書

⑥　個人番号カード（同一保険加入者全員分）

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

⑦　自立支援医療費世帯調書

⑧　加入医療保険の資格確認書等（同一保険加入者全員分）

⑨　印鑑

❖ 自立支援医療（育成医療）

障害者総合支援法の規定により、１８歳未満の方の現存する障害又は疾患に係る医療を行わないときは、将来障害を残すと認められ、手術等により障害の改善が見込める医療について自立支援医療費を支給します。

■ 対象者

身体上の障害を有すると認められる１８歳未満の方

■ 自己負担と所得区分

医療費の１割が自己負担です。受診者の世帯（受診者と同じ医療保険に加入するすべての方）の所得に応じて自己負担の負担上限月額が設定されています。

所得区分表

<table>
<tr><td>生活保護</td><td>低所得１</td><td>低所得２</td><td>中間層１</td><td>中間層２</td><td>一定以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活保護世帯</td><td colspan="2">区市町村民税非課税世帯</td><td colspan="3">区市町村民税所得割合計</td></tr>
<tr><td>本人収入８０万円以下
（注１）</td><td>本人収入８０万円を超える
（注１）</td><td>３万３千円未満</td><td>３万３千円以上
２３万５千円未満</td><td>２３万５千円以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">負担０円</td><td rowspan="3">負担上限額
2,500 円</td><td rowspan="3">負担上限額
5,000 円</td><td colspan="2">負担上限額
医療保険の自己負担限度額</td><td>対象外</td></tr>
<tr><td colspan="3">重度かつ継続（★）</td></tr>
<tr><td>負担上限額
5,000 円</td><td>負担上限額
10,000 円</td><td>負担上限額
20,000 円</td></tr>
</table>

★　重度かつ継続の範囲については、上記更生医療と同様です。

注１　令和８年７月より８２６，５００円に改正されます。

■ 支給申請

①　自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書

②　自立支援医療（育成医療）意見書

③　自立支援医療費世帯調書

④　加入医療保険の資格確認書等（同一保険加入者全員分）

⑤　個人番号カード（同一保険加入者全員分）

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

⑥　身体障害者手帳の写し（所持者のみ必要）

⑦　遅延理由書（申請日が治療開始から３か月以上経過している場合のみ必要）

❖ 心身障害者医療費助成（㊙）

■ **対象者**

申請日において６５歳未満で、医療保険加入者のうち下記の障害に該当する方

・身体障害者手帳　１～３級（３級は内部障害のみ）

・愛の手帳　　１～２度

・精神障害者保健福祉手帳　１級

■ **所得制限**

本人（２０歳未満の場合は保護者）の所得が下表の基準額を超える方は対象外です。

所得制限基準額表（毎年９月１日切り替え）

扶養親族等の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額（円）	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **助成内容**

各種医療保険の自己負担分から一部負担金を差し引いた額を助成します。

ただし、入院時食事療養費・生活療養費標準負担額は助成対象外です。

一部負担金

住民税課税者 ･･･ 1割負担（負担上限月額：入院 57,600 円、通院 18,000 円）

住民税非課税者 ･･･ なし

■ **有効期限**

申請のあった月の初日から直近の８月３１日まで

■ **新規申請**

① ㊙受給者証交付申請書

② 加入医療保険の資格確認書等

③ 同意書

④ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）

■ **償還払い申請**

病院等の窓口で㊙受給者証を提示しなかった場合や都外の病院の受診等、㊙医療費助成が利用できなかった場合、償還払いの手続きをすることができます。

① ㊙医療助成費支給申請書

② 領収書（対象者の氏名や医療費の総点数等が記載され、医療機関の領収印のあるもの）

③ 振込先金融機関の口座が分かるもの（通帳等）（本人名義の口座）

❖ 心身障害児医療費助成

■ **対象者**

医療保険に加入している方で、次の障害に該当する１８歳未満の障害児の保護者

・身体障害者手帳　３～６級（３級は内部障害を除く）

・愛の手帳　　３～４度

■ **所得制限**

保護者所得が上記「心身障害者医療費助成」所得制限表の基準額を超える方は対象外です。

■ **助成内容**

上記「心身障害者医療費助成」と同様です。ただし、負担上限月額はありません。

■ **有効期限**

決定日から直近の８月３１日まで（１８歳の誕生日の前日まで）

■ **新規申請**

① 心身障害児医療費受給資格申請書
② 加入医療保険の資格確認書等
③ 個人番号カード（本人及び扶養義務者のもの）
④ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑤ 印鑑

■ **助成（償還払い）の請求**

受給者証を医療機関の窓口で使うことはできません。診療日から１年以内に請求してください。

① 心身障害児医療費助成請求書
② 領収書（対象者の氏名や医療費の総点数等が記載され、医療機関の領収印のあるもの）
③ 振込先金融機関の口座が分かるもの（通帳等）（障害児本人名義の口座）
④ 印鑑

❖ 小児精神入院医療費助成

小児精神障害者に対し、入院医療に要する費用を助成することで、児童精神保健の向上及び患者の医療費等の負担軽減を図ります。

■ **対象者**

精神障害のため精神病床で入院治療を必要とする満１８歳未満の方。病名がてんかん又は精神発達遅滞は対象外です。継続治療の場合は満２０歳に達する誕生月の末日まで延長可能です。

■ **助成内容**

精神障害のため精神病床に入院した際の医療費について、自己負担額を助成します。

■ **有効期限**

治療見込期間の初日から１年間

■ **新規申請**

① 医療費助成申請書
② 診断書（所定の様式で申請日から３か月以内に作成されたもの）
③ 住民票（続柄が記載されているもので、申請日から３か月以内に作成されたもの）
④ 加入医療保険の資格確認書等（同一保険加入者全員分）
⑤ 遅延理由書（入院を開始した翌月以降に申請する場合のみ）

■ **継続申請**

基本的に新規申請と同様です。住民票は、変更がなければ省略できます。

❖ 難病医療費等助成

原因不明で、治療法が未確立な難病患者に対し、その医療に必要な費用の一部を助成することで、原因究明、治療方法の研究等に役立て、併せて患者の医療費等の負担軽減を図ります。

■ 対象者

次のいずれかに該当する方

（１） 国又は都の指定する難病にり患している方で、その症状が厚生労働大臣又は知事が定める程度の方

（次ページに続きあります）

（２）国又は都の指定する難病にり患している方で、同一の月に受けた難病に係る医療費の総額（１０割分）が 33,330 円を超えた月数が、申請を行った日の属する月以前１２か月以内に３か月以上あった方

■ 助成内容

受給者証等に記載された疾病及びその疾病に付随して発生する傷病を治療するために受ける診療、調剤、居宅における療養上の管理及びその治療に伴う看護等について、医療費の２割が自己負担となります。

給付の内容は、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護医療院サービスに限ります。

■ 自己負担限度額（月額）

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：２割		
			自己負担上限額（外来＋入院）		
			一般	高額かつ長期（★）	人工呼吸器等装着者
生活保護	―		0	0	0
低所得Ⅰ	区市町村民税非課税（世帯）	本人年収　＊80 万円以下	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収　＊80 万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税課税（世帯）	所得割　7.1 万円未満	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ		所得割　7.1 万円以上 25.1 万円未満	20,000	10,000	
上位所得		所得割　25.1 万円以上	30,000	20,000	
入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額			全額自己負担		

★高額かつ長期：難病の医療費助成受給開始後、月ごとの医療費総額が５万円を超える月が年６回以上ある方

＊令和８年７月より８２６，５００円に改正されます

■ 有効期限

対象疾病により異なります。助成開始日は原則申請受理日です。

■ 新規申請

① 特定医療費支給認定申請書
② 臨床調査個人票
③ 住民票（世帯全員が記載され続柄のあるもので、発行日から３か月以内のもの）
④ 加入医療保険の資格確認書等（患者本人が高齢受給者証を所持している場合は、その写しも添付）
⑤ 世帯の所得を確認するための書類（課税・非課税証明書等）
⑥ 保険者からの情報提供に係る同意書

⑦　個人番号カード
⑧　個人番号に係る調書
⑨　公的年金等の収入に係る申出書（世帯全員が非課税及び個人番号を使用して情報を連携する場合）
⑩　障害年金、遺族年金などの収入を証明する書類（世帯全員が非課税の場合のみ）
⑪　患者以外で指定難病の支給認定を受けた者に係る医療受給者証の写し（該当者のみ）
⑫　小児慢性疾患医療受給者証の写し（該当者のみ）
⑬　人工呼吸器等装着者に係る診断書（都疾病で該当者のみ）
※個人番号の利用により提出を省略できる書類があります。詳細についてはお問い合わせください。

■　**更新**

有効期限前に東京都から、更新申請書類一式が直接患者へ送付されますので、期限までに必ずお手続き願います。

❖　小児慢性特定疾病医療費助成

小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成します。

■　**対象者**

健康保険に加入されている１８歳未満の方で、小児慢性特定疾病の対象疾病及び当該疾病の状態が認定基準に該当する方

ただし、１８歳に達した時点で小児慢性特定疾病医療受給者証を有し、同一疾病により引き続き医療を受ける必要があり、かつ、１８歳以降は認定期間が切れる翌日までに支給認定申請を行った場合に限り、２０歳になる前日まで医療費支給の対象となります。この場合、１８歳以降は疾病の追加や変更を行うことができません。

■　**助成内容**

支給認定を受けた小児慢性特定疾病の治療に要する医療費（入院時食事療養費を除く。）の２割が自己負担となります。

■　**月額自己負担限度額**　（単位：円）

<table>
<tr><th rowspan="3">階層区分</th><th rowspan="3" colspan="2">階層区分の基準</th><th colspan="4">自己負担限度額（患者負担割合：２割、外来＋入院）</th></tr>
<tr><th colspan="3">原　則</th><th rowspan="2">生活保護法の被保護世帯
又は血友病患者</th></tr>
<tr><th>一般</th><th>重症★</th><th>人工呼吸器等装着者</th></tr>
<tr><td>Ⅰ</td><td colspan="2">生活保護法の被保護世帯</td><td colspan="3"></td><td>0</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td><td rowspan="2">市町村民税又は特別区民税非課税の世帯</td><td>低所得Ⅰ
＊（保護者所得８０万円以下）</td><td colspan="2">1,250</td><td rowspan="5">500</td><td rowspan="5">※非課税証明書の収入欄が「※」は収入額不明（未申告）のためⅢ扱いとなる。</td></tr>
<tr><td>Ⅲ</td><td>低所得Ⅱ
＊（保護者所得８０万円超）</td><td colspan="2">2,500</td></tr>
<tr><td>Ⅳ</td><td colspan="2">一般所得Ⅰ：市町村民税又は特別区民税課税７．１万円未満の世帯</td><td>5,000</td><td>2,500</td></tr>
<tr><td>Ⅴ</td><td colspan="2">一般所得Ⅱ：市町村民税又は特別区民税課税７．１万円以上２５．１万円未満の世帯</td><td>10,000</td><td>5,000</td></tr>
<tr><td>Ⅵ</td><td colspan="2">上位所得：市町村民税又は特別区民税課税２５．１万円以上の世帯</td><td>15,000</td><td>10,000</td></tr>
<tr><td colspan="2">入院時の食事</td><td colspan="3">１／２自己負担</td><td>自己負担なし</td></tr>
</table>

＊令和８年７月より８２６，５００円に改正されます

（次ページに続きあります）

★　重症の範囲については、以下のとおりです。

・高額な医療が長期的に継続する方（医療費総額が 5 万円/月を超える月が年間 6 回以上ある場合）

・現行の重症患者基準に適合する方

■　**有効期限**

原則、申請書等を受付した日から１２か月です。（対象児童等が２０歳に達することにより支給終了となる場合の有効期間終了日は、当該誕生日の前日までです。）

■　**新規申請**

①　小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書
②　小児慢性特定疾病医療意見書（発行日から３か月以内のもの）
③　成長ホルモン治療用意見書（成長ホルモン治療を行う場合のみ）
④　個人番号カード
⑤　世帯調書
⑥　住民票（世帯全員分の続柄記載のもの）
⑦　加入医療保険の資格確認書等
⑧　課税（非課税）証明書
⑨　同意書
⑩　委任状（該当者のみ）
⑪　申請者の本人確認書類

※個人番号の運用開始により提出を省略できる書類があります。詳細については障害福祉課又は東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課までお問い合わせください。

■　**更新申請**

有効期限前に、東京都から更新申請書類一式が送付されます。

❖　肝炎治療医療費助成

Ｂ型・Ｃ型肝炎の治療にかかる医療費を助成します。

■　**対象者**

Ｂ型・Ｃ型肝炎のインターフェロン治療、Ｂ型肝炎の核酸アナログ製剤治療、Ｃ型肝炎のインターフェロンフリー治療を要すると診断された方

■　**助成内容**

同一世帯※全員の区市町村民税（所得割）の課税年額の合計額	月額患者負担額（食事療養・生活療養標準負担額は含みません）
所得割・均等割ともに非課税	なし
235,000 円未満	１万円
235,000 円以上	２万円

※同一世帯とは、対象者の属する住民票上の世帯全員をいいます。

■　**有効期限**

申請日の属する月の初日から１年間です。助成期間は治療方法、薬剤によって異なります。

■ **新規申請**

① Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書

② Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療医療費助成にかかる診断書

③ 住民票（世帯全員が記載されているもので続柄が記載されたもの）

④ 加入医療保険の資格確認書等（⑦の書類を提出される場合には、世帯全員分が必要）

⑤ 高齢受給者証の写し（所持者のみ）

⑥ 世帯全員分の課税状況を証明する書類（満２０歳未満の世帯員を除く）

⑦ 区市町村民税額合算対象除外申請書等（希望者のみ）

手 当 ・ 年 金

❖ 心身障害者福祉手当

■ 対象者・支給額

年齢	対象者	支給月額（円）	対象外
20 歳未満	① 身体障害者手帳３・４級 ② 愛の手帳４度	7,700	①本人(20 歳未満の場合は保護者)の所得が所得制限基準額表(下表)を超える方 ※保護者が 2 名以上いる場合は最多収入者 ②施設に入所している方 ※詳細は職員にお尋ねください。 ③新規 65 歳以上の方 ④児童育成手当（障害手当）受給者
20 歳以上	① 身体障害者手帳１・２級 ② 愛の手帳１から３度 ③ 脳性まひ等	15,500	
	① 身体障害者手帳３・４級 ② 愛の手帳４度	7,700	

■ 所得制限基準額表（毎年 8 月 1 日切り替え）

扶養親族の数	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人
基準額（円）	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ 支給申請

① 心身障害者福祉手当申請書
② 振込先金融機関の口座が分かるもの（通帳等）（本人名義の口座）
③ 個人番号カード
④ 同意書
⑤ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑥ 各種手帳
⑦ 印鑑

■ 支給月

年３回（４月・８月・１２月の２０日前後)、前月分までの４か月分をまとめて指定の口座に振込みます。御記帳等で確認ください。　（例　４月の振込みは１２・１・２・３月分）

❖ 特別障害者手当・障害児福祉手当

■ 対象者

特別障害者手当

著しく重度の障害を有するため、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある在宅の２０歳以上の方（認定基準を基に受給資格の有無を判定)。

障害児福祉手当

著しく重度の障害を有するため、日常生活において常時介護を必要とする状態にある在宅の２０歳未満の方（認定基準を基に受給資格の有無を判定）。

※いずれも手帳所持の有無に関わらず、専用の医師診断書の内容により適否を決定します。

■ **支給額**

特別障害者手当　月額３０，４５０円（令和８年４月～）

障害児福祉手当　月額１６，５６０円（令和８年４月～）

■ **対象外**（下記に該当する方は対象外です。）

1. 基準所得を超えている方（本人、配偶者及び扶養義務者）
2. 施設に入所している方（通所を除く）※詳細は職員にお尋ねください。
3. 病院等に３か月を超えて入院しているとき（特別障害者手当）
4. 障害基礎年金を受給しているとき（障害児福祉手当）

所得制限基準額表（毎年８月１日切り替え）

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000
扶養義務者等(円)	6,287,000	6,536,000	6,749,000	6,962,000	7,175,000	7,388,000

■ **支給申請**

① 特別障害者手当（障害児福祉手当）認定請求書
② 特別障害者手当（障害児福祉手当）の診断書
③ 振込先金融機関の口座が分かるもの（通帳等）（本人名義の口座）
④ 個人番号カード（受給者と配偶者又は扶養義務者のもの）
⑤ 各種手帳（所持者のみ）
⑥ 同意書
⑦ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑧ 年金受給額と年金証書番号が分かるもの（振込通知書、年金証書の写し）（年金受給者のみ）
⑨ 印鑑

■ **支給月**

年４回（２月・５月・８月・１１月の１０日前後）、前月分までの３か月分をまとめて指定の口座に振込みます。御記帳等で確認ください。（例　２月の振込みは１１・１２・１月分）

❖ 重度心身障害者手当

■ **対象者**

心身に常時複雑な介護を必要とする障害があり、次のいずれかに該当する方。

１．重度の知的障害（愛の手帳１・２度相当）であって、日常生活に常時複雑な配慮を必要とする程度の著しい精神症状（多動・興奮等の激しい問題行動、難治性のてんかん）を有する方

（次ページに続きあります）

２．重度の知的障害（愛の手帳１・２度相当）であって、かつ、身体の障害が概ね１・２級相当以上の方

３．重度の肢体不自由であって、両上肢及び両下肢の機能が失われ、かつ、座っていることが困難な程度以上の身体障害を有する方

※上記は程度の参考です。障害者手帳の等級ではなく、直接判定にて適否が決まります。

※障害が固定するまで医学的判断ができない場合があります。

■ **支給額**

月額６０，０００円

■ **対象外**（下記に該当する方は対象外です。）

1. ６５歳以上で新規申請の方
2. 病院等に３か月を超えて入院している方
3. 施設に入所している方　※詳細は職員にお尋ねください。
4. 基準所得を超えている方

■ **所得制限基準額表**（毎年１１月１日切り替え）

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **支給申請**

① 重度心身障害者手当受給資格認定申請書
② 診断調査票
③ 個人番号カード（受給者と配偶者又は扶養義務者のもの）
④ 同意書
⑤ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑥ 印鑑

※申請後に、東京都心身障害者福祉センターで直接判定を受ける必要があります。来所が困難な場合は、自宅での判定も可能です。

■ **支給月**

毎月２０日前後

❖ 特別児童扶養手当

■ **対象者**

１級

身体障害者手帳の概ね１・２級、愛の手帳１・２度、又はそれらと同等の疾病、精神障害を有する２０歳未満の児童を扶養している保護者

２級

身体障害者手帳の３級及び４級の一部、愛の手帳の３度及び４度の一部、又はそれらと同等の疾病、精神障害を有する２０歳未満の児童を扶養している保護者

■ **支給額**

１級　月額５８，４５０円（令和８年４月～）

２級　月額３８，９３０円（令和８年４月～）

■ **対象外**（下記に該当する方は対象外です。）

1. 施設入所児
2. 基準所得を超える方
3. 該当児童が障害年金を受給しているとき

所得制限基準額表（毎年８月１日切り替え）

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額(円)	4,596,000	4,976,000	5,356,000	5,736,000	6,116,000	6,496,000
扶養義務者等(円)	6,287,000	6,536,000	6,749,000	6,962,000	7,175,000	7,388,000

■ **支給申請**

① 特別児童扶養手当認定請求書

② 住民票（対象児童と別居している方のみ）（※１）

③ 各種手帳又は診断書（※１）

④ 請求者名義の預金通帳またはキャッシュカード
（公金受取口座を振込先として希望する場合は省略可）

⑤ 個人番号確認書類

※１　住民票、診断書については１か月以内に作成（発行）のものをご用意下さい

※２　情報連携により審査に必要な情報が取得できない場合、戸籍謄本や課税証明書等をご提出いただく可能性があります。

■ **支給月**

年３回（４月・８月・１１月の１１日前後）、４か月分をまとめて支給します。（例　４月の振込みは１２・１・２・３月分）

■ **問合せ先**

武蔵村山市役所　１階東側

子ども育成課 手当・医療係　　電話　０４２－５６５－１１１１　内線 185・186・187

❖ 水道・下水道料金の減免

■ **対象者**

特別児童扶養手当の受給者（給水契約者の世帯の方）

■ **減免内容**

・水道料金は、基本料金と１か月当たり使用水量１０㎥までの分に係る従量料金との合算額を免除。

・下水道料金は、１か月当たり１０㎥までの汚水排水量に係る料金を免除。

■ **問合せ先**

東京都水道局多摩お客様センター　電話　０４２－５４８－５１１０

申請：東大和上北台３－４４７「東大和サービスステーション」
（多摩都市モノレール桜街道駅から徒歩５分）

❖ 児童育成手当

■ **対象者**

・児童育成手当（障害手当）

身体障害者手帳１・２級程度、愛の手帳１～３度程度、脳性まひ・進行性筋萎縮症である２０歳未満の方

・児童育成手当（育成手当）

父母が離婚、父又は母が死亡、父又は母が重度障害（身体障害者手帳の概ね１・２級）等の状態である１８歳に達する日以後最初の３月３１日までの方

■ **支給額**

・児童育成手当（障害手当）　月額１５，５００円

・児童育成手当（育成手当）　月額１３，５００円

■ **対象外**（下記に該当する方は対象外です。）

① 施設入所者

② 児童が父又は母と生計を同じくしている場合（育成手当）

③ 保護者が下記基準所得を超える場合

所得制限基準額表（毎年６月１日切り替え）

扶養親族の数	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **支給申請**

① 児童育成手当認定請求書

② 請求者及び支給要件児童の戸籍謄本（育成手当）

③ 各種手帳（手帳で障害程度が確認できないときは所定の診断書）

④ 振込先金融機関の口座が分かるもの（請求者名義の口座）

⑤ 個人番号確認書類

⑥ 課税情報の確認にかかる同意書（転入の方のみ）

・同意書の提出がある場合は（非）課税証明書は不要

■ **支給月**

年３回（２月・６月・１０月の１５日前後）、前月分までの４か月分をまとめて支給します。

（例　６月の振込みは２・３・４・５月分）

■ **問合せ先**

武蔵村山市役所　１階東側

子ども育成課 手当・医療係　電話　０４２－５６５－１１１１　内線 185・186・187

❖ 特殊疾病患者福祉手当

■ **対象者**

規定の特殊疾病（国指定３４８疾病・都指定１２疾病・市指定３疾病）にり患している方。心身障害者福祉手当受給者は対象外です。

■ **所得制限基準額表**（毎年８月１日切り替え）

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **支給額**

月額　7,000円

年３回（４月・８月・１２月の２０日前後)、前月分までの４か月分をまとめて支給します。(例　４月の振込みは、１２・１・２・３月分）

■ **支給申請**

① 特殊疾病患者福祉手当受給資格認定申請書

② 疾病名が確認できる書類（医師の証明書、難病医療費助成の医療受給者証等）

③ 振込先金融機関の口座がわかるもの（通帳等）（本人名義の口座）

④ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）

❖ 障害年金

■ **国民年金（障害基礎年金）**

対象者

1. 国民年金に加入中に初診日のある傷病により、政令で定める程度の障害の状態にある方で国内に住所のある２０歳以上６５歳未満の方
2. ２０歳前に初診日のある傷病により政令で定める程度の障害の状態にある方

※身体障害者手帳等とは別に国民年金法で定める障害の認定を受けることが必要です。

※保険料の納付要件が満たない場合は、障害基礎年金は受給できません。

■ **厚生年金（障害厚生年金）**

支給要件

厚生年金の被保険者期間中に初診日がある病気やけがによって障害基礎年金を受けられる障害（１級・２級）が生じたときに、障害基礎年金に上乗せする形で支給されます。また、障害基礎年金に該当しない程度の障害でも厚生年金の障害等級表に該当するときは、障害厚生年金（３級）又は障害手当金（一時金）が支給されます。

■ **問合せ先**

武蔵村山市役所　１階西側　保険年金課

電話　042－565－1111　内線 136 ※相談・手続きの際には要予約

立川年金事務所　電話　042－523－0352

年金相談（ねんきんダイヤル）電話　0570－05－1165

日 常 生 活 の 援 助

❖ 補装具費支給制度

身体障害者手帳所持者及び難病患者等に対し、職業その他日常生活を容易にするため、補装具の交付、修理又は貸与を行います。

補装具とは、車椅子・補聴器・眼鏡等、身に付けることにより障害を補うものです。

■ **対象者**

・身体障害者手帳所持者（基本的に装具を付ける部位の障害がある方。ただし、１８歳以上の市町村民税４６万円以上の納税者は対象外です。）

・戦傷病者手帳所持者（身障補装具基準に準ずる。判定不要。自己負担なし。）

・難病患者等

■ **利用者負担額**（毎年７月１日切り替え）

原則として費用の１割が利用者負担となり、月額上限負担額（自立支援給付・地域生活支援事業と合算）の設定があります。世帯の所得により下表の負担上限月額が設定されます。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	住民税非課税世帯	0 円
一般	住民税課税世帯	37,200 円

所得を判断する際の世帯の範囲は、１８歳以上の障害者の場合は障害者本人と配偶者、１８歳未満の障害児の場合は保護者の属する住民基本台帳での世帯です。

■ **交付申請**（事前にご相談ください）

① 補装具費（購入・貸与・修理）支給申請書
② 見積書
③ 意見書（市指定の様式）又は判定書（品目による）
④ 個人番号カード

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

※品目により、東京都心身障害者福祉センターでの「判定」が事前に必要です。

※耐用年数内は再交付ではなく、修理となります。

※購入後の申請はいかなる場合も受け付けておりません。必ず購入前にご相談ください。

■ **修理申請**（事前にご相談ください）

① 補装具費（購入・貸与・修理）支給申請書
② 見積書
③ 理由書と写真（品目による）
④ 個人番号カード

■ **基準外交付**

障害状況から基準内の補装具では対応できない場合に交付対象となります。

■ **仮合わせ適合判定**

交付又は修理された補装具について、判定に応じて東京都心身障害者福祉センター等による適合判定を受ける必要があります。

■　交付品目・補装具判定方法・耐用年数表

補装具種目		判定方法				耐用年数	備　考 ※平成３０年４月から貸与も加わりました
		センター		区市町村			
		直接	書類	書類	意見書省略		
車いす	自走用		○	△		６年	
	自走用　リクライニング機構		○	△			
	自走用　ティルト機構		○	△			
	自走用　リフト機構		○	△			
	自走用　前方大車輪		○				
	自走用　片手駆動構造		○				
	自走用　レバー駆動構造		○				
	自走用　６輪構造			○			
	介助用			○	△		
	介助用　リクライニング機構		○	△			
	介助用　ティルト機構		○	△			
電動車いす	簡易型　切替式	○				６年	
	簡易型　アシスト式	○					
	標準型（低速用）	○					
	標準型（中速用）	○					
	標準型　リクライニング機構	○					
	標準型　手動リクライニング機構	○					
	標準型　ティルト機構	○					
	標準型　リフト機構	○					
装具		○				※	装具区分により異なる
姿勢保持装置		○				３年	修理・再交付の場合も直接判定が必要
座位保持いす				○		３年	児童のみ対象
起立保持具				○		３年	児童のみ対象
歩行器				○		５年	
義肢	殻構造	○				※	義肢区分により異なる
	骨格構造	○				※	修理・再交付の場合も直接判定が必要
歩行補助つえ	松葉つえ				○	２年	軽金属製のものは５年
	カナディアンクラッチ				○	４年	
	ロフストランドクラッチ				○		
	多脚つえ				○		
視覚障害者安全つえ	普通用				○	２年	軽金属製のものは５年
	携帯用				○		軽金属製のものは４年
義眼	普通義眼（既製品）			○		２年	
	特殊義眼（オーダー）			○			

装具種目		判定方法				耐用年数	備　考 ※平成３０年４月から貸与も加わりました
		センター		区市町村			
		直接	書類	書類	意見書省略		
眼鏡	矯正用			○		４年	視力障害のみ
	コンタクトレンズ			○		２年	視力障害のみ（一部視野障害）
	弱視用			○		４年	視力障害又は視野障害のみ
	遮光用			○			
補聴器	高度難聴用ポケット型		○	○		５年	両耳の場合は、センターによる書類判定
	高度難聴用耳掛け型		○	○			
	重度難聴用ポケット型		○				
	重度難聴用耳掛け型		○				
	耳あな型		○				
	骨導型		○				
頭部保持具				○		２年	児童のみ対象
排便補助具				○		２年	児童のみ対象
意思伝達装置		○	○			５年	上下肢機能全廃・音声言語機能喪失

※　△は既製品です。塗りつぶし箇所の品目の既製品のものは介護保険が優先です。

❖　中等度難聴児発達支援事業

中等度難聴児（聴力レベルが軽度又は中等度であり、身体障害者手帳の交付対象とならない児童）に対し、補聴器の購入費用の一部を助成します。

■　**対象児童**

①　１８歳未満の児童

②　身体障害者手帳（聴覚障害）交付の対象となる聴力でないこと

③　両耳の聴力レベルが概ね３０デシベル以上で、補聴器の装用により、言語の習得に一定の効果が期待できると医師が認めるもの

⑤　　他の制度により補聴器の購入費助成又は給付等を受けていない児童

■　**助成額**

算定基礎額とは、購入額と基準額（１４４，９００円。デジタル補聴器で、専門技能者による調整が必要な場合は、２，０００円加算。ＦＭ型又はデジタル方式の補聴システムでは、ワイヤレスマイク及び受信機２３２，７００円、オーディオシュー５，２５０円）を比較して少ない額とする。

算定基礎額の１割を自己負担額として、残りの額を助成する。ただし、児童が属する世帯が生活保護法による生活保護世帯又は区市町村民税非課税世帯は、算定基礎額とする。

■　**申請書類**

①　中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成申請書

②　中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成意見書

③　意見書に基づく補聴器の販売業者が作成した見積書

④　補聴器の調整者の資格証明書（デジタル補聴器調整加算がある場合）

⑤　印鑑（同意書、委任状等を提出する場合は必要です）

❖ 日常生活用具

障害者及び難病患者等に対し、日常生活の利便を図るため、日常生活用具の給付を行います。

■ **対象者**

身体・知的・精神障害者保健福祉手帳を所持する者及び難病患者等で、用具種目により障害内容・等級等、対象要件は異なります。ただし、一定の施設入所者は認められません。

また、介護保険及び高齢者日常生活用具給付が優先する用具もあります。

■ **給付申請**

① 日常生活用具給付申請書
② 見積書
③ カタログ（ストマ装具・紙おむつは不要）
④ 個人番号カード
⑤ 各種手帳
⑥ 医師の意見書（必要な方のみ）
⑦ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑧ 印鑑

■ **自己負担額**（毎年７月１日切り替え）

原則として費用の１割が利用者負担となり、月額上限負担額（自立支援給付・地域生活支援事業と合算）の設定があります。世帯の所得により下表の負担上限月額が設定されます。

区分	世帯の収入状況	自己負担額	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円	0円
低所得	住民税非課税世帯	0円	0円
一般	住民税課税世帯	費用の１０％	37,200円

※給付基準額の超過分は本人負担となります。

所得を判断する際の世帯の範囲は、１８歳以上の障害者の場合は障害者本人と配偶者、１８歳未満の障害児の場合は保護者の属する住民基本台帳での世帯です。

なお、ストマ装具・紙おむつについては、自己負担額の免除を実施しています。

■ **ストマ装具（蓄尿袋・蓄便袋）・紙おむつ**

年３回（３月・７月・１１月上旬まで）の申請で４か月分をまとめて給付決定します。

（例：３月上旬までに４月～７月分を申請いただき、３月末に給付決定します。）

■ **居宅生活動作補助用具（小規模住宅改修費）**

手すりの取付けや床段差の解消等、小規模な改修費の給付を行います。

上記、日常生活用具給付申請に必要なものに加え、以下の書類が必要です。

① 立面図及び平面図
② 改修前の写真

※中規模改修については、Ｐ３１を参照ください。

■ **日常生活用具給付品目一覧**

用具の種目	対象者	性能等	給付基準額	耐用年数等
特殊寝台 ☆介護保険優先	学齢児童以上の身体障害者（児）で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者 ３歳以上の難病患者等で、寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するものであること。	162,800円	8年
特殊マット ☆介護保険優先	３歳以上の知的障害者(児)で、障害の程度が１度又は２度の者 学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢若しくは体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者 ３歳以上の難病患者等で、寝たきりの状態にある者	じょくそう防止又は失禁による汚染若しくは損耗を防止するためのマット(寝具)にビニール等を加工したものであること。	19,600円	5年
特殊尿器 ☆介護保険優先	学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級の常時介護を要する者 学齢児童以上の難病患者等で、自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので障害者(児)又は介護者が容易に使用し得るものであること。	154,500円	5年
入浴担架	３歳以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の入浴に介助を要する者	障害者(児)を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるものであること。	(洋式) 82,400円 (和式) 133,900円	5年
体位変換器 ☆介護保険優先	学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の下着交換等に介護を必要とする者 学齢児童以上の難病患者等で、寝たきりの状態にある者	介護者が障害者(児)の体位を変換させるのに容易に使用し得るものであること。	15,000円	5年
移動用リフト ☆介護保険優先	３歳以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者 ３歳以上の難病患者等で、下肢又は体幹機能に障害のある者	障害者(児)を移動させるに当たって、介護者が容易に使用し得るものであること。住宅改修を伴うものを除く。	257,500円	4年
訓練いす	３歳以上１８歳未満の身体障害児で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者	原則として付属のテーブルを付けるものとする。	33,100円	5年
訓練ベッド	３歳以上１８歳未満の身体障害児で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者 ３歳以上１８歳未満の難病患者等で、下肢又は体幹機能に障害のある者	腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの。	159,200円	8年
入浴補助用具 ☆介護保険優先	３歳以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に障害があり、入浴に介助を必要とする者 ３歳以上の難病患者等で、入浴に介助を必要とする者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障害者(児)又は介護者が容易に使用し得るものであること。住宅改修を伴うものを除く。	90,000円	8年
便器 ☆介護保険優先 ※	学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者 学齢児童以上の難病患者等で、常時介護を必要とする者	手すりのついた腰掛け式のものであること。住宅改修を伴うものを除く。	16,500円	8年
頭部保護帽	障害の程度が１度又は２度の知的障害者(児)又は身体障害者（児）のうち肢体不自由者(児)で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者	転倒の衝撃から頭部を保護できるものであること。Ａタイプはスポンジ、革を主材料に、Ｂタイプはスポンジ、革、プラスチックを主材料に製作したものとする。既製品については、給付基準額の80%の範囲内の額とする。	(Ａタイプ) 15,656円 (Ｂタイプ) 37,852円	3年

※高齢者日常生活用具給付優先

T字状・棒状のつえ	学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹若しくは内部に障害を有し、本製品の使用により歩行機能を補うことが可能な者	前腕の固定部と支持部がない1本の脚であること。	(木材) 2,310円 (軽金属) 3,150円	3年
移乗支援用具 ☆介護保険優先 ※	３歳以上の身体障害者(児)で、平衡機能又は下肢若しくは体幹に係る障害により、家庭内の移動等において介助を必要とする者	転倒予防、立ち上がり動作補助移乗動作の補助、段差解消等の性能を有する手すり、スロープ等であって、必要な強度と安定性を有するものであること。住宅改修を伴うものを除く。	60,000円	8年
特殊便器	学齢児童以上の知的障害者(児)で、障害の程度が１度又は２度であり、自ら排便の処理が困難な者	知的障害者(児)又は上肢に障害を有する者(児)を介護している者が容易に使用し得るもので、温水温風を出し得るもの又は足踏ペダルで温水温風を出し得るものであること。住宅改修を伴うものを除く。	151,200円	8年
	学齢児童以上の身体障害者(児)で、上肢に係る障害の程度が１級又は２級の者			
	学齢児童以上の難病患者等で、上肢機能に障害のある者			
火災報知器	身体障害者(児)で、障害の程度が１級又は２級の者（火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。）	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し、屋外にも警報ブザーで知らせ得るものであること。	31,000円	8年
	知的障害者(児)で、障害の程度が1度又は2度の者(火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。）			
	精神障害者で、障害の程度が２級以上の者（火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。）			
自動消火装置	上記に同じ	室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液等	28,700円	8年
	難病患者等（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又はこれに準ずる世帯に限る。）	を噴射し、初期火災を消火し得るものであること。		
電磁調理器	１８歳以上の身体障害者で、次のいずれかに該当するもの （障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。） (1) 視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級であること。 (2) 上肢に係る障害の程度が１級又は２級であること。 (3) 下肢又は体幹に係る障害の程度が１級であること。	障害者が容易に使用し得るものであること。	41,000円	6年
	１８歳以上の知的障害者で、障害の程度が１度又は２度のもの			
音響案内装置	学齢児童以上の身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級の者（２級の者は、送信機のみ対象とする。）	視覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。送信機は「歩行時間延長信号機用小型送信機」のこと。	(１級) 51,000円 (２級) 7,000円	10年
屋内信号装置	１８歳以上の身体障害者で、聴覚障害に係る障害の程度が１級又は２級の者（聴覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯で、日常生活上必要と認められる者に限る。）	音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるものであること。	87,400円	10年
透析液加温器	３歳以上の身体障害者(児)で、人工透析を必要とするもの（自己連続携行式腹膜灌流患者に限る。）	自己連続携行式腹膜灌流療法による人工透析に使用する加温器で、一定温度に保つもの。	72,100円	5年

※高齢者日常生活用具給付優先

ネブライザー(吸入器)	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、呼吸器機能障害に係る障害の程度が３級以上である者又は同程度の身体障害者(児)で必要と認められる者 難病患者等で、呼吸器機能に障害のある者	障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	36,000円	5年
電気式たん吸引器	上記に同じ	障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	56,400円	5年
酸素ボンベ運搬車	おおむね１８歳以上の身体障害者で、呼吸器機能障害に係る障害の程度が３級以上のもの（医療保険その他の制度による在宅酸素療法を受けている者又はこの要綱による酸素吸入装置の給付を受けた者に限る。）	障害者が容易に使用し得るものであること。	17,000円	10年
音声式体温計	学齢児童以上の身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級のもの（視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。）	視覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	9,000円	5年
体重計	１８歳以上の身体障害者で、視覚障害に係る障害の程度が1級又は２級のもの(視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に限る。）	視覚障害者が容易に使用し得るものであること。	18,000円	5年
動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、呼吸機能障害に係る障害の程度が３級以上のもの又はこれと同等の身体障害者（児）で、人工呼吸器の装着が必要な者 難病患者等で、人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し障害者（児）が容易に使用し得るものであること。	50,000円	5年
携帯用会話補助装置	学齢児童以上の身体障害者(児)で、音声機能若しくは言語機能障害者(児)又は肢体不自由者(児)であって、音声言語の著しい障害を有する者	携帯式でことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	285,000 円	5年
情報・通信支援用具	学齢児童以上の身体障害者(児)で、上肢又は視覚に障害を有し、その障害の程度が１級又は２級の者（文字を書くことが困難な者に限る。）	かな、漢字、英数字による文書作成が可能で、編集、校正及び保存機能を有し、障害者(児)が容易に使用し得るものであること。(障害者向けのパソコン周辺機器及びアプリケーションソフトをいう。）	118,500円	6年
点字ディスプレイ	１８歳以上の視覚障害及び聴覚障害の重度重復障害者(原則として視覚障害２級以上かつ聴覚障害２級)で、必要と認められる者	文字等のコンピューターの画面情報を点字等により示すことができるものであること。	383,500円	6年
点字器	身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級の者	視覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	(標準型) 10,712円 (携帯型) 7,416円	(標準型) 7年 (携帯型) 5年
点字タイプライター	身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級のもの（就労、就学している、又は就労が見込まれている者に限る。）	視覚障害者(児)が容易に操作できるものであること。	63,100円	5年
ポータブルレコーダー	学齢児童以上の身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級の者	音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式による録音及び当該方式により記録された図書の再生が可能な製品(録音再生機)又は当該方式により記録された図書の再生が可能な製品(再生専用機)であって、視覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	(録音再生機) 89,800円 (再生専用機) 36,750円	6年

活字文書読上げ装置	学齢児童以上の身体障害者(児)で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級の者	文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	115,000円	6年
視覚障害者用拡大読書器	学齢児童以上の視覚障害者(児)で、本装置により文字等を読むことが可能になる者	画像入力装置を、読みたいもの(印刷物等)の上に置くことで、簡単に拡大された画像・文字等をモニターに映し出せるものであること。	198,000円	8年
時計	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、視覚障害に係る障害の程度が１級又は２級のもの（音声式は、原則として手指の触覚に障害がある等のため触読式の使用が困難な者を対象とする。）	視覚障害者が容易に使用し得るものであること。	(触読式) 10,300円 (音声式) 13,300円	10年
聴覚障害者用通信装置	学齢児童以上の身体障害者(児)で、聴覚又は音声若しくは言語機能に著しい障害を有し、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる者	一般の電話に接続することができ、音声の代わりに文字等により通信が可能な機器であり、障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	71,000円	5年
情報受信装置	聴覚障害者(児)で、本装置によりテレビの視聴が可能になる者	字幕及び手話通訳付きの聴覚障害者(児)用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障害者(児)向け緊急信号を受信するもので、聴覚障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	88,900円	6年
人工喉頭	身体障害者手帳の交付を受けた音声・言語機能障害者(児)で、咽頭摘出等により、発声機能を喪失した者	声帯の代わりとなり、発音が可能となる機器であり、障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	(笛式) 5,150円 (電動式) 72,203円	(笛式) 4年 (電動式) 5年
点字図書	学齢児童以上の視覚障害者(児)で、主に情報の入手を点字によっている者	月刊や週刊等で発行される雑誌を除く点字図書であること。	一般図書の購入価格相当額との差額	同一年度内に6タイトル又は24巻まで
ストマ装具	身体障害者(児)で、ぼうこう、直腸機能障害により人工ぼうこう又は人工肛門の造設をしている者	蓄便袋は、低刺激性の粘着剤を使用した密封型又は下部開放型の収納袋であること。 蓄尿袋は、低刺激性の粘着剤を使用した密封型の収尿袋で尿処理用のキャップ付であること。	(蓄便袋) 8,858円 (蓄尿袋) 11,639円	1月
紙おむつ等	３歳以上の身体障害者手帳の交付を受けた者(児)で、次のいずれかに該当する者 (1) 脳性まひ等脳原性運動機能障害(おおむね３歳までに発現した非進行性脳病変によるもの)により、排尿排便の意思表示が困難な全身性の障害である者 (2) ストマの著しい変形若しくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのためストマ用装具を装着できない者又は先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は排便機能障害のある者	紙おむつ、サラシ、ガーゼ、脱脂綿、洗腸装具で、障害者(児)又は障害者(児)を介護している者が容易に使用し得るもの。	12,000円	(紙おむつ等) 1月 (洗腸装具) 6月

収尿器	身体障害者（児）で、肢体不自由又はぼうこう機能障害により収尿器を必要とし、実際に使用されている状況である者	採尿器と蓄尿袋で構成され、尿の逆流防止装置をつけるものとし、障害者(児)が容易に使用し得るもの。	(男子用普通型) 7,931円 (男子用簡易型) 5,871円 (女子用普通型) 8,755円 (女子用簡易型) 6,077円	1年
居宅生活動作補助用具 ☆介護保険優先	学齢児童以上６５歳未満の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が３級以上の者 学齢児童以上６５歳未満の難病患者等で、下肢又は体幹機能に障害のある者	(1)手すりの取付け (2)床段差の解消 (3)滑り防止及び移動の円滑化等のための床材の変更 (4)引き戸等への扉への取替え (5)洋式便器等への便器の取替え (6)その他前号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修	200,000円	1回限り
浴槽(湯沸器を含む。)	学齢児童以上の身体障害者(児)で、下肢又は体幹に係る障害の程度が１級又は２級の者	浴槽は、実用水量１５０Ｌ以上のものであること。湯沸器は、水温を25℃上昇させたとき毎分10Ｌ以上給湯でき、安全性について配慮され、浴槽の性能に応じたものであること。	141,200円 (浴槽のみ) 58,300円 (湯沸器のみ) 104,900円	8年
フラッシュベル	学齢児童以上の身体障害者(児)で、聴覚障害又は音声若しくは言語機能に係る障害の程度が３級以上の者	障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	12,400円	10年
会議用拡聴器	学齢児童以上の身体障害者(児)で、聴覚障害に係る障害の程度が４級以上の者	障害者(児)が容易に使用し得るものであること。	38,200円	6年
携帯用信号装置	学齢児童以上の身体障害者(児)で、聴覚障害又は音声若しくは言語機能に係る障害の程度が３級以上の者	送信機による合図が、視覚、触覚等により知覚できるものであること。	20,200円	6年
ガス安全システム	１８歳以上の身体障害者手帳の交付を受けた者で、咽頭摘出等により嗅覚機能を喪失した者、又は下肢又は体幹に係る障害の程度が１級の者(障害者のみの世帯又は及びこれに準ずる世帯に限る。)	警報機からの遮断信号、ガスの異常使用、地震時等にガスを自動的に遮断できるものであること。	42,200円	8年
酸素吸入装置(酸素ボンベ検査を含む。)	おおむね１８歳以上の身体障害者で、呼吸器機能障害に係る障害の程度が原則として３級以上の者（医療保険その他の制度による在宅酸素療法に該当しない者で医師により酸素吸入装置の使用を認められたものに限る。）	酸素ボンベ、スタンド、吸入マスクを一体とするものであること。酸素ボンベ検査の給付にあっては、容器保安規則第24条第1項第3号に規定する期間ごとの再検査であること。	(酸素吸入装置) 46,400円 (酸素ボンベ検査) 5,000円	10年
空気清浄器	１８歳以上の身体障害者で、呼吸器機能障害に係る障害の程度が３級以上の者	障害者が容易に使用し得るものであること。	33,800円	6年
ルームクーラー	１８歳以上の身体障害者で、頸髄損傷等により体温調節機能を喪失した者(医師により体温調節機能を喪失したものと認められた者に限る。)	障害者が容易に使用し得るものであること。	172,100円	6年

❖ 住宅設備改善

在宅の重度身体障害者に対し日常生活の利便を図るため、住宅設備改善費の給付を行います。

■ **対象者**

在宅の身体障害者手帳を所持する者で、改修内容により障害内容・等級等、対象要件は異なります。なお、介護保険が優先されます。

■ **中規模改修**

学齢児童以上６５歳未満で、下肢若しくは体幹に係る障害の程度が２級以上の者又は補装具として車いすの交付を受けた内部障害者

■ **屋内移動設備**

学齢児童以上で、上肢、下肢又は体幹機能障害を有し、歩行ができない状態で、かつ、障害の程度が１級の者又は補装具として車いすの交付を受けた内部障害者

■ **給付品目**

中規模改修（給付基準額：641,000 円）

日常生活用具給付事業の「居宅生活動作補助用具」以外の改修工事

例）浴槽の取替え工事、玄関の床段差解消機の設置工事等

屋内移動設備（給付基準額：機器本体及び付属品 979,000 円、設置費 353,000 円）

簡易設置型及び天井走行型リフト、階段昇降機

■ **給付条件**

世帯当り同一種目１件までであり、原則新築は認められません。（ 屋内移動設備については新築可）介護保険の第２号被保険者の方は、介護保険の住宅改修費の支給を受けてなお費用が不足する場合に限り、給付が可能です。

■ **給付申請**

① 住宅設備改善費給付申請書
② 工事計画書
③ 同意書
④ 世帯の所得税額がわかるもの
⑤ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ必要）（世帯員全員のもの）
⑥ 見積書
⑦ 立面図及び平面図
⑧ 家屋所有者承諾書(自己所有の家屋の場合は不要)
⑨ 入院加療中の方は、退院可能時期及び住宅設備改善を要する理由を記した医師の診断書
⑩ 個人番号カード
⑪ 印鑑

※改修前後に調査（写真の撮影等）のため担当がご自宅に伺います。

※工事完了後、「住宅設備改善工事完了届」の提出が必要です。

■ **自己負担について**（毎年７月１日切り替え）

世帯の所得税額によって、自己負担が生じます。

（次ページに続きあります）

■ **技術支援**

移動用リフトの導入をお考えの方には、リフト導入の可否や、リフト用吊り具の選定、介助の方法等、福祉用具専門相談員の専門相談の支援を受けることができます。ご希望の方はお申し出ください。

❖ ガソリン費等助成

心身障害者（児）が使用する自動車の運行に要するガソリン費又は軽油費の一部を助成することにより、経済的負担の軽減を図るものです。

■ **対象者**

・身体障害者手帳　４級以上

・愛の手帳　４度以上

・脳性麻痺又は進行性筋萎縮症の方

※施設入所者、福祉タクシー券の交付を受けている方は対象外です。

■ **助成内容**

ガソリン１㍑あたり５５円（１か月２，７５０円が上限）、軽油１㍑あたり３０円（１か月１，５００円が上限）を乗じた金額を助成します。１か月あたりの給油量はそれぞれ５０㍑が上限となります。

なお、本人又は生計を一にする親族以外の方が給油したもの、および本人又は生計を一にする親族以外の方が所有する車両への給油は、助成の対象外となります。

■ **助成申請**

① 心身障害者（児）ガソリン費等助成金受給資格認定申請書

② 各種手帳

③ 車検証（所有者が本人又は生計を一にする親族のものに限る）

④ 運転免許証（本人又は生計を一にする親族のものに限る）

⑤ 振込先金融機関の口座がわかるもの（通帳等）（本人名義の口座）

⑥ 個人番号カード

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

⑦ 印鑑

■ **所得制限基準額表**（毎年１０月１日切り替え）

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人	4人	5人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **その他必要な届出**

住所・氏名・自動車・障害程度・振込口座の変更、死亡、タクシー券へ移行したときは、届出が必要です。届出されないと助成資格が喪失することがありますので、ご注意ください。

■ **請求受付**

請求書の裏面に領収書を３か月分まとめてのり付けし、表面に必ず請求印（スタンプ式不可）を押印して、下表の期間に提出してください。

領収月	請求期間
４月～６月	７月１日～７月１０日
７月～９月	１０月１日～１０月１０日
１０月～１２月	１月４日～１月１５日
１月～３月	４月１日～４月１０日

※郵送される場合には、請求書受付期間内に障害福祉課に到着するよう、早めの投函をお願いします。

郵送先：〒208-8502　学園４－５－１　市民総合センター１階 障害福祉課

■ **請求書の作成方法**

以下のとおり請求書を作成してください。

１．振込先の金融機関名が書いてある「心身障害者（児）ガソリン費等助成金請求書」を用意する。

２．上記の「請求書」の表面に、提出日、氏名、月ごとの給油量を書き、朱肉を使い印鑑（スタンプ式不可）を押す。

３．「請求書」の裏面に給油した領収書やレシート（コピー不可）を日付順に糊付けする。

・　「請求書」の用紙はコピーしてお使いください。

・　レシートの感熱シートは、直射日光や石油製品により変色の恐れがあるので、印字面を内側に折り曲げるか使用済みの封筒等に入れるなどの方法で保存してください。

❖ 福祉タクシー券

電車、バスなどの公共交通機関を利用することが困難な心身障害者（児）に対し、福祉タクシーとしての利用協力を契約した協力事業所のタクシーに乗車する際に利用できる福祉タクシー券を交付し、利用料金の一部を助成することにより日常生活の利便と経済的負担の軽減を図るものです。

■ **対象者**

・身体障害者手帳所持者で、その障害程度が、上肢２級以上、視覚・内部・下肢・体幹３級以上（総合等級ではありません。）

・愛の手帳　２度以上

※施設入所者・ガソリン費等助成を受けている方は対象外です。

■ **所得制限基準額表**（毎年１０月１日切り替え）

扶養親族の数	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人
基準額(円)	3,758,000	4,138,000	4,518,000	4,898,000	5,278,000	5,658,000

■ **交付内容**

タクシー券１枚の額面金額は４００円と１００円です。１か月につき 3,000 円分（各６枚）の利用券を交付します。

■ **交付申請**

① 福祉タクシー利用資格認定申請書

② 各種手帳

③ 印鑑

■ **継続交付**

３月下旬と９月下旬に半年分（18,000 円分、各３６枚）を交付します。

（詳細は市報でお知らせします。）

■ **持ち物**

① 福祉タクシー利用者証

② 各種手帳

③ 印鑑

■ **必要な届出**

住所・氏名・障害程度の変更、施設入所、死亡、ガソリン費等助成へ移行した時は、届出が必要です。

■ **福祉タクシー券事業協力事業所**

タクシー券に添付の「福祉タクシー券事業協力事業所一覧」をご覧ください。

❖ 移送サービス

歩行困難な身体障害者、寝たきり高齢者等に対し、車いすやストレッチャーを搭載できる車(リフトカー)による送迎を行います。

■ **対象者**

・車いす等を使用しなければ歩行困難な身体障害者（下肢・体幹１級又は２級）

・概ね要介護４・要介護５の認定を受けた６５歳以上の寝たきりの方

・施設入所者は対象外です。※詳細は職員にお尋ねください。

■ **利用用途**

1. 病院、診療所など自宅から医療機関へ通院又は入退院するとき
2. 社会福祉団体等が行う行事へ参加するとき
3. 学校行事に参加するとき
4. その他、市長が特に必要と認めるとき

■ **運行範囲**

片道５０ｋｍ以内

■ **利用できる日時**

月曜日から土曜日（祝日及び１２月２９日から１月３日を除く）

午前８時３０分から午後５時まで

■ **利用登録**

① 身体障害者用自動車利用登録申請書

② 身体障害者手帳又は介護保険被保険者証

③ 印鑑

■ **利用方法**

・予約申込み先

村山運送株式会社　電話　０４２－５６３－０７４５

・予約受付期間

ご利用日の１か月前から１週間前まで

※ご利用日の１か月前が土日、祝日に当たる場合は、翌営業日から予約開始です。

・予約受付時間

月曜日から金曜日の午前８時３０分から午後５時まで

（祝日及び１２月２９日から１月３日を除きます。）

■ **時間外等利用**

利用できない日時の利用、片道５０ｋｍを超える利用などについては、ご相談ください。

■ **必要な届出**

住所・氏名変更、死亡等のときは、届出が必要です。

❖ 自動車改造費助成

重度の身体障害者が所有し、運転する自動車の操向装置・駆動装置を改造することにより、障害者の社会参加の促進を図るものです。

■ **対象者**

身体障害者手帳（上肢、下肢、体幹のいずれか）２級以上の方で、自ら所有し、運転する自動車の改造を要する方

■ **助成内容**

自動車の操向装置（ステアリングにノブ取付等）の改造のための経費

駆動装置（アクセル、ブレーキの手動装置等）の改造のための経費

■ **助成金額**

133,900 円を限度に助成します。

■ **助成申請　※改造後に申請はできません。**

① 自動車改造費助成申請書
② 見積書（改造箇所と金額が明示されたもの）
③ 身体障害者手帳
④ 運転免許証（本人のもの）
⑤ 改造前の車の写真（改造予定部分）
⑥ 自動車検査証（所有者が本人のもの）
⑦ 個人番号カード

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

⑧ 同意書
⑨ 印鑑

改造完了後必要なもの

① 業者から本人への請求書
② 本人から市への請求書
③ 改造後の車の写真
④ 振込先金融機関の口座がわかるもの（通帳等）（本人名義の口座）

■ **所得制限**

本人の所得及び扶養義務者の所得が下記の表の基準額を超える方は支給されません。

所得制限基準額表（毎年７月１日切り替え）

	本人			扶養義務者等		
基準額	扶養親族の数	0人	3,604,000 円	扶養親族の数	0人	6,287,000 円
		1人以上	3,604,000 円に、扶養親族等１人につき 380,000 円を加算した額		1人	6,536,000 円
					2人以上	6,536,000 円に、扶養親族等のうち１人を除いた扶養親族等１人につき 213,000 円を加算した額

❖ 運転免許取得費助成

心身障害者に対し、自動車運転免許の取得の費用の一部を助成することにより、障害者の日常生活の利便及び生活圏の拡大を図るものです。

■ **対象者**

市内に引き続き３か月以上住所を有し、下記１～６の全てに該当する方

1. 次のいずれかの障害がある方
   - ア　下肢又は体幹５級以上で、歩行困難な方
   - イ　内部障害４級以上の方
   - ウ　ア・イ以外の身体障害者手帳３級以上の方
   - エ　愛の手帳所持者
2. 道路交通法施行規則第２３条に規定する適性試験に合格している方
3. 道路交通法第９６条第１項に規定する運転免許試験の受験資格がある方
4. 世帯全員の前年分の所得税額の合計額が４０万円以下の方
5. 医療機関に入院していない方
6. 他の制度で、免許の取得に要する費用の助成を受けていない方

■ **助成内容**

1. 第１種普通自動車免許の取得に直接要する経費：実支出額の２/３を助成。ただし、前年分の所得税額に応じて助成限度額が設定されています。

助成限度額（毎年７月１日切り替え）

前年分の所得税額	助成限度額
0 円	164,800 円
1 円～ 42,000 円	144,200 円
42,001 円～400,000 円	123,600 円

2. 限定解除に直接要する経費：実支出額を助成。ただし、20,600 円を限度とします。

■ **助成申請　※運転免許取得後の申請はできません。**

① 心身障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書
② 適性試験（道路交通法施行原則第２３条の規定に基づくもの）に合格していることを証明する書類（身体障害者手帳をお持ちのかた）
③ 自動車教習所に入所していることを証明する書類（自動車教習所が発行する在学証明書など）
④ 個人番号カード
⑤ 同意書
⑥ 前年分の所得税額のわかるもの（転入の方のみ）
⑦ 各種手帳
⑧ 印鑑

■ **助成決定後必要なもの　※運転免許取得後に助成します。**

① 心身障害者自動車運転免許取得費助成状況報告書
② 運転免許の取得に要した経費を証する書類
③ 運転免許証
④ 請求書
⑤ 振込先金融機関の口座がわかるもの（通帳等）（本人名義の口座）

❖ おむつ給付

在宅において常時おむつを着用している重度の心身障害者に対し、おむつを給付します。

■ **対象者**

６歳以上６４歳までの身体障害者手帳の２級以上又は愛の手帳２度以上の方のうち、在宅で、常時おむつを着用している方、他に同種のおむつ給付を受けていない方。

※６５歳になりましたら「在宅高齢者等おむつ給付事業」への移行手続をお願いします。

■ **給付内容**

紙おむつ・尿取りパッドを１日あたり各３枚まで給付します。（異なる種類・サイズの組み合わせ可）

品目	紙おむつ			尿取りパッド
種類	普通型 （フラット型）	テープ式	パンツ型	男女兼用（レギュラー） 男女兼用（ウルトラ） 夜用（ビッグ）

※委託業者が１か月分をまとめて現物配送します。

※翌月分を前月に配送します。

■ **費用負担**

無料

■ **給付申請**

① 重度心身障害者おむつ給付申請書
② おむつ使用証明書（医師記載）
③ 身体障害者手帳・愛の手帳
④ 同意書
⑤ 印鑑

■ **内容変更・一時休止**

おむつの種類の変更、枚数変更、入院等による一時休止の必要が生じた場合は、本人等の申請により変更・休止ができます。

■ **住所変更・転出・死亡等**

市内転居・氏名変更・転出・死亡等したときは、届出が必要です。

❖ 訪問入浴サービス

家庭での入浴が困難な身体障害者に対し、訪問入浴車を自宅に派遣し、障害者の保健衛生の保持及び家族等の負担軽減を図ります。

■ **対象者**

在宅の身体障害者手帳の交付を受けた方で、家庭での入浴が困難であると認められた方。ただし、下記に該当する方は除きます。

1. 介護保険法の要介護認定又は要支援認定を受けている方
2. 医療に伴う介護を常時必要とする方
3. 感染性の疾病にかかっている方

■ **事業内容**

委託業者が訪問入浴車でご自宅に訪問し、看護師・ヘルパーが入浴介助を行います。

■ **実施回数**

週１回まで

■ **費用負担**（毎年７月１日切り替え）

本人及び配偶者の所得（１８歳未満は保護者）により０円～全額の１回あたりの利用者負担があります。光熱水費は利用者の負担になります。

■ **登録申請**

① 身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録申請書
② 医師による意見書（所定の書式による）
③ 訪問入浴受付票
④ 介護保険被保険者証（該当者のみ）
⑤ ６５歳以上の方は、介護認定を受けた結果、要支援者、要介護者のいずれにも該当しない旨の市からの通知書
⑥ 個人番号カード

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等の提出が必要となります。

⑦ 同意書
⑧ 印鑑

■ **変更・辞退**

住所・氏名変更、対象要件に該当しなくなったとき等は届出が必要です。

❖ 救急通報システム

重度の身体障害者等が家庭内において急病等に陥ったとき、無線発報機等を用いて通報できる機器を設置することにより、障害者等の不安の解消、生活の安定を確保します。

■ **対象者**

１８歳以上の一人暮らしの身体障害者手帳２級以上又は難病患者であって、生活状況等を調査の上、利用が適当であると認められた方

■ **事業内容**

緊急時に、ボタンを押せば民間の通信センターに通報できる機器を設置します。

■ **システムのしくみ**

1. ペンダント又は壁掛けのボタンを押すと、電話回線を通じて民間の通信センターへ通報します。
2. 民間の通信センターから、自宅へ確認電話が入ります。
3. 応答がないときは、現場派遣員が自宅へ急行し安否を確認します。状況により１１９番、１１０番に通報します。
4. 救急車が到着し、状況により病院へ搬送します。オプションとして火災報告機を１世帯につき２台まで設置できます。

■ **費用負担**（毎年７月１日切り替え）

市民税額・所得税額に応じて、利用者負担があります。

■ **利用申請**

① 救急通報システム利用申請書
② 設置場所の図面（ご用意できる方）
③ 連絡先シート
④ 同意書
⑤ 個人番号カード
⑥ 課税（非課税）証明書（転入の方のみ）
⑦ 印鑑

❖ 重度脳性麻痺者介護人派遣

重度の脳性麻痺者に対し介護人を派遣することで、生活圏の拡大を図るための援助をします。

■ **派遣対象者**

２０歳以上の重度の脳性麻痺による四肢体幹機能障害１級の身体障害者手帳の交付を受けた方で、単独で屋外活動を行うことが困難な方。ただし、下記に該当する方は除きます。

1. 障害福祉サービス（短期入所を除く）、施設入所支援の支給決定を受けている方　⇒　ホームヘルプ、施設入所・通所
2. 地域生活支援事業の支給決定を受けている方　⇒　移動支援、地域活動支援センターⅡ型又はⅢ型（デイサービス等）
3. 介護保険法における居宅サービスのうち、訪問介護又は通所介護を受けている方⇒　ホームヘルプ、デイサービス

■ **介護人対象者**

派遣対象者が家族（親・兄弟姉妹・配偶者）のうちから推薦した方

■ **介護内容**

介護人は、派遣対象者を屋外へ同行その他必要な用務を行います。

■ **派遣回数**

１か月につき１２回を限度とします。（１回は１日とします。）

■ **手当**

介護人に対し市は、１回 6,560 円の手当を支払います。

■ **登録申請**

介護人の派遣を受けるためには登録が必要です。毎年更新する必要があります。

① 介護人派遣資格認定登録申請書
② 介護人推薦書
③ 介護同意書
④ 支払金口座振替依頼書

■ **介護券発行から手当支払までの流れ**

派遣対象者に対し、１か月分の介護券を月毎に交付します。介護人は、介護の用務を行った日について必要事項を記載した介護券を翌月の１０日までに市に提出します。市は、提出された介護券に基づき、介護人に手当を支払います。

❖ 重度心身障害児（者）・医療的ケア児等への支援

東京都では、重度心身障害児（者）・医療的ケア児等のお子さんやそのご家族が、心身の状況に応じた適切な支援を受けられるよう、様々な事業に取り組んでいます。どうぞご利用ください。詳細については、ホームページをご覧ください。

ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ:https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/nichijo/ｓ_shien/index.html

❖ 在宅レスパイト・就労等支援

在宅の重症心身障害児（者）等に対し、委託契約をした訪問看護事業所の訪問看護師が自宅へ出向き、医療的ケアを伴う見守りを行うことで、家族の休養（レスパイト）や就労等支援を図ります。

■ **対象者**

次のいずれにも該当する方を介護する家族等

1. 市内に住所を有し、家族等による介護を受け在宅で生活している方
2. 医療的ケアを必要とし、主治医の指示のもと、現に訪問看護を利用している方
3. 次のいずれかに該当する方

ア 重症心身障害児（者）

イ 重症心身障害児に該当しない１８歳未満の障害児

※重症心身障害児（者）等とは、身体障害者手帳１級又は２級に該当し、かつ、愛の手帳１・２度に該当する方であって、１８歳に達する前にその状態になった方をいいます。

■ **訪問時間数**

・年間２８８時間が上限です。

・１回につき、２時間から４時間まで３０分単位で利用できます。

■ **利用登録申請に必要な書類**

① 身体障害者手帳及び愛の手帳

② 重症心身障害児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業利用登録申請書

③ 医師指示書（所定の書式による）

■ **費用負担**（毎年７月１日切り替え）

市町村民税所得割額に応じて、利用負担があります。

障害児(者)の属する世帯の収入状況	利用者負担額単価（１回あたりの時間数）					医師指示書作成手数料 利用者負担額
	2 時間	2 時間 30 分	3 時間	3 時間 30 分	4 時間	
生活保護受給世帯 市民税非課税世帯	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
障害児（１８歳未満）の属する市町村民税所得割額が２８万円未満の世帯	180 円	220 円	270 円	310 円	360 円	30 円
障害児（１８歳以上）の属する市町村民税所得割額が１６万円未満の世帯	370 円	460 円	550 円	640 円	740 円	70 円
上記以外の世帯	1,500 円	1,880 円	2,200 円	2,630 円	3,000 円	300 円

備考：障害児（者）の属する世帯の収入状況の範囲は、障害児（１８歳未満）の場合、障害児及びその児と同一世帯に属する者の合算とし、障害者（１８歳以上）の場合はその者及び配偶者の合算とする。

■ 利用できる事業所（Ｐ．７６ご覧ください）

❖ 手話通訳者の派遣

■ 対象者

・身体障害者手帳を所持する聴覚障害者、音声機能障害者又は言語機能障害者

・聴覚障害者等を主たる構成員とする団体

■ 派遣の登録

通訳者の派遣を受けたい場合は、あらかじめ、市に登録する必要があります。

登録の際に必要なもの

① 手話通訳者派遣登録申請書

② 身体障害者手帳

■ 派遣の申込

派遣を受けたい日の１週間前までに手話通訳者派遣申込書に記入し、障害福祉課への申請が必要です（やむを得ない緊急の場合は除く）。申請は障害福祉課窓口のほか、FAX 又はメールによる申請も可能です。

※申請先（障害福祉課）

・ＦＡＸ番号　０４２－５６２－３９６６

・メールアドレス　shuwa@city.musashimurayama.lg.jp

■ 派遣の対象

手話通訳者を派遣できる事項は次のとおりです。

対象事項	内容
健康に関すること	通院、出産、健康診断等
社会福祉に関すること	福祉相談、申請、保護者会等
仕事に関すること	就職、転職等
住まいに関すること	入居、転居等
教育に関すること	学校の父母会等
良好な人間関係に関すること	家庭、職場、地域社会等
その他	研修会、講演会等

■ 派遣時間

１回の派遣時間はおおむね３時間以内です。

■ 費用

無料

※東京手話派遣センターに登録している通訳者を派遣する制度もあります。

この制度を利用したい方は、事前に障害福祉課にお問い合わせください。

❖　遠隔手話通訳サービスタブレットの設置

■　**対象者及び内容**

聴覚・音声機能・言語機能の障害のある方が、福祉サービス等の手続きや相談・案内等をスムーズに行えるよう、「みえる通訳」タブレットを設置していますので、ご利用ください。

■　**設置場所**

市民総合センター　　・市役所市政情報コーナー　　・緑が丘出張所

■　**費用**

無料

❖　手話通訳者設置事業

市民総合センターでは、聴覚・音声機能・言語機能の障害のある方が、福祉サービス等の手続きや相談・案内等をスムーズに行えるよう、手話通訳者を設置していますので、ご利用ください。

■　**設置場所**

市民総合センター

■　**設置時間**

・毎週火曜日　午前９時から午後４時まで

❖ 通所費助成制度

■ **対象者**

武蔵村山市内に住所がある方で、実際に通所費を負担している知的障害者又は精神障害者のうち、就労移行支援、就労継続支援を利用している方

※通所施設より交通費の支給を受けている方は対象外となります。

■ **助成内容**

通所に利用する交通機関の当該利用する区間に係る1か月の定期券の価額と、実際に通所に要した費用（220円を上限とする。）に現に通所した日数を乗じて得た額とを比較していずれか少ない方の額。ただし、月額5,000円を限度とします。

■ **助成申請**

申請書に通所している施設の証明を受けて、申請して下さい。

■ **申請時期**

対象月	請求期間
４月～６月	７月１日～７月１０日
７月～９月	１０月１日～１０月１０日
１０月～１２月	１月４日～１月１５日
１月～３月	４月１日～４月１０日

❖ グループホーム家賃助成

■ **対象者**

都内のグループホームに入居している身体障害者、知的障害者又は難病患者等

■ **助成内容**

入居者の所得額	助成額
月額７３，０００円未満	家賃の全額 （ただし、月額２４，０００円を限度とします。）
月額７３，０００円以上 ９７，０００円未満	家賃の半額 （ただし、月額１２，０００円を限度とします。）

※特定障害者特別給付費の支給対象の方は、上記助成額より特定障害者特別給付費を控除した額を上限とします。

■ **助成申請**

① 家賃助成申請書

② 家賃額が分かる書類（家賃証明書や契約書等）

③ 年金受給額が分かる振込通知書又は年金証書の写し（年金受給者のみ）

④ その他収入がある場合、それを確認できるもの（源泉徴収票、工賃証明書等）

■ **申請時期**

上記「通所費助成制度」と同様です。

❖ 発達障害者（児）個別支援ファイル「むさしむらやまマイファイル」

■ **対象者**

発達障害者（児）、発達障害の疑いがある方

■ **マイファイルとは**

発達障害のある方やそのご家族が、成育歴などの情報を書き込み、関係機関からの資料をまとめることで、成人に至るまでの切れ目のない支援を受けることを目的としたツールです。

■ **利用方法**

医療、保健、福祉、教育等の各機関が発達障害者（児）に対して支援を行う際、必要な情報を共有するためのファイルです。各機関で支援を受ける際、過去の支援の記録等を求められた際にご提示ください。

■ **配布物**

① むさしむらやまマイファイルシート
② リングファイル
③ クリアポケット

■ **配布場所**

障害福祉課窓口（市民総合センター１階）

※リングファイル等は数に限りがございますので、配布場所にて受け取ることができないこともあります。

※むさしむらやまマイファイルシートは市ホームページからダウンロードすることもできます。

■ **問合せ先**

市民総合センター１階　障害福祉課　　電話　０４２－５９０－１１８５（直通）

❖ ヘルプバンダナ

■ **ヘルプバンダナとは**

災害時に身に着けることで周囲に手助けが必要であることを知らせ、避難行動などの際に適切な支援を受けやすくするものです。災害への備えとして、ぜひご活用ください。

■ **配布対象者**

・市内在住で愛の手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方
・市内在住の障害者福祉サービスを受けている方
・指定医療費（指定難病）受給者証をお持ちの方

■ **持ち物**

・お持ちの障害者手帳、障害福祉サービス受給者証又は特定医療費（指定難病）受給者証等を障害福祉課の窓口へご提示ください。
・代理でお越しの方は手帳や受給者証の原本、又はコピーをお持ちください。

■ **配布場所及びお問合せ先**

・市民総合センター１階　障害福祉課窓口
・電話　０４２－５９０－１１８５（直通）

障 害 福 祉 サ ー ビ ス

❖ サービスの種類

■ 介護給付費

居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で家事及び入浴、排せつ、食事の介護、通院時の介助等を行います。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害者若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者で、常時介護を必要とする人に、自宅で入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動の支援などを総合的に行います。
同行援護	視覚障害により移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。
行動援護	自己判断が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。
短期入所（ショートステイ）	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護を行います。
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行います。
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
施設入所支援（夜間のケア）	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。

■ 訓練等給付費

自立訓練 （機能訓練・生活訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
就労継続支援Ａ型・Ｂ型	一般企業等で就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力向上のために必要な訓練を行います。
共同生活援助（グループホーム）	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。
自立生活援助	障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、定期的な巡回訪問や随時の対応を一定の期間にわたり行います。
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ついて、就労に伴う生活上の支援ニーズに対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を一定の期間にわたり行います。
就労選択支援	就労系サービスの利用を希望する人に、本人の希望、就労能力、適性等に合った就労先や働き方が選択できるよう一定の期間にわたり支援を行います。

■ **地域相談支援給付費**

地域移行支援	障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行います。
地域定着支援	居宅において単身等で生活する障害者につき、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その他必要な支援を行います。

■ **地域生活支援事業**

移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。利用に当たっては要件があり、内容によっては支援できない場合もあります。
地域活動支援センターⅠ型	相談事業、創作的活動の提供を行います。
地域活動支援センターⅡ型	創作的活動、生産機会の提供、機能訓練、社会適応訓練等を行います。いわゆる、デイサービスのことです。
日中一時支援	自宅で介護する人が病気の場合などに、短時間、日中、施設で、入浴、排せつ、食事の介護を行います。

■ **障害児通所給付費**

児童発達支援	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行います。
医療型児童発達支援	肢体不自由であり、理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要であると認められた障害児に、児童発達支援及び治療を行います。
居宅訪問型児童発達支援	重度心身障害児などの重度の障害児等について、障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与等の支援を行います。
放課後等デイサービス	学校在学中の障害児に対し、放課後や夏休み等の長期休暇中に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行います。
保育所等訪問支援	保育所等に通う障害児のうち、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を必要と認めた児童に対し、施設を訪問し支援を行います。

■ **計画相談支援及び障害児相談支援**

サービス等利用計画 障害児相談支援利用計画	指定相談支援事業者（特定相談支援事業者又は障害児相談支援事業者）が、障害福祉サービス等の利用を希望する障害者（障害児）の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用の意向その他の事情を勘案し、サービス利用者を支援するための総合的な支援計画（サービス等利用計画案又は障害児支援利用計画案）を作成します。

❖ 利用の手続き

①障害者手帳（身体障害者・知的障害者・精神障害者）

障害者手帳をお持ちでない方も利用できる場合があります。

②介護給付費・訓練等給付費・地域生活支援事業費支給申請書、障害児通所給付費申請書

③障害年金証書（障害年金を受給している方）

④個人番号カード

※申請年度の１月１日に武蔵村山市に住所がなく、個人番号カードをお持ちでない、又は拒否される場合は課税（非課税）証明書等が必要となります。

❖ 支給決定までの流れ

<table>
<tr><td>介護給付費</td><td>訓練等給付費</td><td>障害児通所給付費</td><td>地域生活支援事業</td></tr>
<tr><td colspan="4">利用申請</td></tr>
<tr><td colspan="3">←――― ※サービス等利用計画（案）依頼 ―――→</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">↓</td><td>↓</td></tr>
<tr><td colspan="2">心身の状況に関する８０項目のアセスメント等</td><td colspan="2">簡易アセスメント等</td></tr>
<tr><td colspan="2">↓</td><td colspan="2">↓</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害支援区分１次判定</td><td colspan="2">独自の区分認定</td></tr>
<tr><td>↓</td><td colspan="3" rowspan="6">↓</td></tr>
<tr><td>医師の意見書</td></tr>
<tr><td>↓</td></tr>
<tr><td>認定審査会</td></tr>
<tr><td>↓</td></tr>
<tr><td>障害支援区分認定</td></tr>
<tr><td>↓</td><td colspan="3">←――― サービス等利用計画（案）提出 ―――→</td></tr>
<tr><td colspan="4">支給決定</td></tr>
<tr><td colspan="4">↓</td></tr>
<tr><td colspan="4">サービス事業所との契約</td></tr>
<tr><td colspan="4">↓</td></tr>
<tr><td colspan="4">利用開始</td></tr>
</table>

❖ 利用者負担

利用した障害福祉サービスにかかった費用の１割分が利用者の自己負担となります。ただし、所得に応じてひと月当たりの負担上限額が以下のように設定されています。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	０円
低所得	市町村民税非課税世帯	０円
一般１	市町村民税課税世帯（所得割１６万円未満） ※入所施設利用者（２０歳以上）、グループホーム利用者を除きます。	９，３００円
	※児童の場合、保護者の属する住民票上の世帯の住民税の所得割が２８万円未満	４，６００円
一般２	上記以外	３７，２００円

❖ 軽減制度

就労系サービスを利用している方は、利用者負担をさらに軽減する制度があります。

■ **対象サービス**

就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型

■ **軽減制度の内容**

武蔵村山市の独自軽減制度の対象者の方は、負担上限月額が下記のとおり軽減されます。

所得区分	負担上限月額	
	軽減前	軽減後
生活保護	０円	０円
低所得	０円	０円
一般１	９，３００円	４，６５０円
一般２	３７，２００円	４，６５０円

税 金 の 控 除 ・ 免 除

❖ 所得税の障害者控除

■ **対象者**

・身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳所持者

・６５歳以上で要介護認定（要支援を除く）を受けた方で、高齢福祉課で「障害者控除対象者認定書」を受けることができる方。

■ **控除・免除の内容**

納税者が障害者である場合はその方の所得額から、また扶養親族（配偶者を含む）に障害者がいる場合には納税者の所得額から控除されます。

■ **手続・問合せ先**

確定申告について　立川税務署　電話　０４２－５２３－１１８１

源泉徴収について　勤務先給与担当者

❖ 住民税の障害者控除等

■ **対象者**

・身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳所持者

・６５歳以上で要介護認定（要支援を除く）を受けた方で、高齢福祉課で「障害者控除対象者認定書」を受けることができる方

■ **控除・免除の内容**

納税者が障害者である場合はその方の所得額から、また扶養親族（配偶者を含む）に障害者がいる場合には納税者の所得額から控除されます。

なお、前年中の合計所得金額が、1,350,000 円以下の方は住民税（都民税・市民税）・森林環境税が課税されません。

■ **手続・問合せ先**

武蔵村山市役所　１階西側　課税課　電話　０４２－５６５－１１１１　内線１２５

※所得税についての手続きをした方は手続不要です。

❖ 自動車税・自動車取得税の減免

■ **対象者**

身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳所持者で、一定の要件を満たす方

■ **減免が受けられる手帳及び障害の程度**

身体障害者手帳

1. 下肢機能障害　１級～６級
2. 体幹機能障害　１級～３級・５級
3. 上肢機能障害　１級・２級
4. 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害（上肢機能障害１級・２級・移動機能障害１級～６級）
5. 視覚障害　１級～４級、（４級は両眼の視力の和が０．０９以上０．１２以下の場合に限ります。）
6. 聴覚障害　２級・３級
7. 平衡機能障害　３級・５級
8. 音声機能又は言語機能障害　３級（こう頭が摘出された場合に限ります。）
9. 心臓、じん臓及び呼吸器の機能障害　１級・３級・４級
10. ぼうこう、直腸及び小腸の機能障害　１級・３級・４級
11. ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害　１級～３級
12. 肝臓の機能障害　１級～４級

愛の手帳

総合判定が１度～３度の方

※療育手帳（他の道府県発行）の該当する障害の程度については、東京都自動車税コールセンターに直接お問い合わせください（０３－３５２５－４０６６）。

精神障害者保健福祉手帳

１級の方（精神通院医療に係る自立支援医療受給者に限ります。）

■ **減免額**

自動車税

45,000 円が減免上限額です。なお、新規登録の場合の減免上限額は、月割額となります。

※グリーン化税制の適用を受ける自動車で、適用後の税額が上限額を超える場合は、その超える額を納付していただきます。

自動車取得税

課税標準額３００万円相当分に税率を乗じて得た額が減免上限額となります。

■ **問合せ先**

新たに自動車を取得したとき（登録の日から１か月以内）

・多摩自動車税事務所　電話　０４２－５２２－８２７１

すでに自動車を所有しているとき（自動車税の納期限まで）

・東京都自動車税コールセンター　電話　０３－３５２５－４０６６

・立川都税事務所　　電話　０４２－５２３－３１７１

❖ 軽自動車税の免除

■ 対象者

身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳所持者で、以下の要件を満たす方

身体障害者手帳

以下のいずれかに該当する

1. 視覚障害　１級から３級までの各級及び４級の１
2. 聴覚障害　２級及び３級
3. 平衡機能障害　３級及び５級
4. 音声機能又は言語機能障害　３級（こう頭が摘出された場合に限ります。）
5. 上肢不自由　１級及び２級
6. 下肢不自由　１級から６級までの各級
7. 体幹不自由　１級から３級までの各級及び５級
8. 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害、上肢機能　１級及び２級、移動機能　１級から６級までの各級
9. 心臓機能障害　１級、３級及び４級
10. じん臓機能障害　１級、３級及び４級
11. 呼吸器機能障害　１級、３級及び４級
12. ぼうこう又は直腸の機能障害　１級、３級及び４級
13. 小腸の機能障害　１級、３級及び４級
14. ヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能障害　１級から３級までの各級
15. 肝臓の機能障害　１級から４級までの各級

愛の手帳

総合判定が１度から３度までのいずれかに該当する

精神障害者保健福祉手帳

１級から３級までの各級のいずれかに該当する

■ 減額・免除の内容

次のいずれかに該当する場合、軽自動車税が免除されます。

・障害を有する方が所有し、専ら自身が使用する軽自動車である場合

・障害を有する方が所有し、専ら自身の利用に供するため、自身と生計を一にする方が使用する軽自動車である場合

・障害を有する方の利用に供するため、その障害を有する方と生計を一にする方が所有し、使用する軽自動車である場合

※　申請により免除のお取り扱いができますので、納期限（必着）までにお手続きをお願いします。納期限後の申請は免除対象外となります。

　また、障害を理由として免除を受け、車両の変更がない方は現況届の提出をもって申請できます。対象となり得る方には個別にご案内を送付しています。

■ 問合せ先

武蔵村山市役所　１階西側　課税課　　電話　０４２－５６５－１１１１　内線１２２

交 通 機 関 の 優 遇 措 置

❖ ＪＲ線・私鉄の割引

■ **対象者**

身体障害者手帳所持者・愛の手帳所持者・精神障害者手帳所持者

第１種障害者の介護者

■ **無料・割引の内容**

第１種身体・知的・精神障害者が介護付で乗車する場合

割引乗車券の種類　普通乗車券・定期乗車券（小児を除く）・回数乗車券(バスを除く)・普通急行券(JR線のみ)

割　引　率　５０％（介護者も同率）

取 扱 区 間　全線

第１種及び第２種の身体・知的・精神障害者が単独で乗車する場合

割引乗車券の種類　普通乗車券

割　引　率　５０％

取 扱 区 間　JR 線・連絡社線の片道１００km を超える区間

※JR線以外の民営鉄道については取扱区間が各社違います。

１２歳未満の第２種身体・知的・精神障害者が介護付で乗車する場合

割引乗車券の種類　定期乗車券（介護人のみ）

割　引　率　５０％

取 扱 区 間　全線

■ **利用方法**

自動券売機等で所要区間の小児乗車券を購入し、乗車改札の際、乗車券と併せて手帳を提示するか、又は手帳を発売窓口に提示し、購入してください。乗車中は必ず手帳を携帯してください。

■ **問い合わせ先**

ＪＲ東日本お問い合わせセンター　電話　０５０－２０１６－１６００

❖ 市内循環バス（MM シャトル）の割引

■ **対象者**

身体障害者手帳所持者・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳（写真付き）所持者

なお、「民営バス乗車割引証」の交付を受けている身体障害者手帳及び愛の手帳所持者の介護人（１名のみ）のかたも、割引運賃（「大人（障害のあるかた)」の運賃と同額）でご利用になれます。

■ **運賃体系**

種　別	現金運賃	IC運賃	備　考
大人	２１０円	２１０円	中学生以上
大人（障害のあるかた）	１１０円	１０５円	障害者手帳等の提示
小人	１１０円	１０５円	小学生
小人（障害のあるかた）	６０円	５３円	障害者手帳等の提示
未就学児童	無　料	無　料	小学校入学前のお子様、人数制限等なし
シルバーパス利用者	無　料	無　料	シルバーパスの提示

■ **利用方法**

降車時に乗務員への手帳の提示をお願いします。乗車中は必ず手帳を携帯してください。

❖ 都営交通無料乗車券

身体障害者、知的障害者の方が、東京都都電・都バス・都営地下鉄及び日暮里・舎人ライナーに無料で乗車できる券を発行します。（東京都が管轄）

■ **対象者**

身体障害者手帳所持者（１～６級）

愛の手帳所持者（１～４度）

戦傷病者手帳所持者・被爆者健康手帳所持者で、厚生労働大臣の認定を受けた方及び健康管理手当受給者

※東京都シルバーパス所持者は除きます。

■ **割引内容**

・本人・・・・乗車券提示で無料

・介護者・・・手帳の提示で普通運賃の半額等（都バスの定期券は３０％）

■ **通用期間**

発行から３年目の誕生日月の末日まで

■ **発行申請**

①　東京都都営交通無料乗車券発行申請書

②　各種手帳

※更新は既乗車証の適用期限月の初日からです。

■ **汚損券の再発行**

通用期間内の乗車券と確認できるものに限り再発行します。手続きは新規発行と同様です。

■ **再発行**

紛失・盗難等により旧券がない場合、１回に限り再発行可能です。手続きは新規発行と同様です。紛失等の理由を書いた「再発行申請願（書式自由）」が必要です。

❖ 精神障害者都営交通乗車証

精神障害者の方が東京都都電、都バス、都営地下鉄及び日暮里・舎人ライナーに無料で乗車できる乗車証を発行します。（東京都が管轄）

■ **対象者**

精神障害者保健福祉手帳所持者（１～３級）

■ **通用期間**

発行の日から２年（２年後の前日まで）

■ **発行申請**

① 東京都精神障害者都営交通乗車証発行申請書

② 精神障害者保健福祉手帳

■ **継続**

既乗車証の通用期限の１３日前から受付できます。

通用期間は、旧乗車証の通用期限翌日から２年です。

■ **汚損券の再発行**

通用期限は、既乗車証と同じです。

■ **紛失の再発行**

通用期限は、既乗車証と同じです。１回に限り再発行可能です。

❖ 民営バス割引

通勤・通学・通院等の日常生活において、民営バスを利用する障害者に対し、自立と社会経済活動への参加を支援するため、民営バス乗車料金について割引を行います。（東京都が管轄）

■ **対象者**

身体障害者手帳所持者（１～６級）

愛の手帳所持者（１～４度）

精神障害者保健福祉手帳所持者（１～３級）（写真付）

■ **割引内容**

本人・・・手帳提示で普通運賃の半額

定期券の割引については、各バス事業所へお問い合わせください。

介護者・・・割引証（介護人付）提示で普通運賃の半額

■ **交通機関**

東急・西武・小田急・京王・東武・京成・京浜急行・関東・国際興業・立川・西東京・多摩・東海汽船・神奈川中央交通・ＪＲバス関東等

■ **取扱区間**

東京都の区域内に路線（他県へ乗り入れている路線を含む）を有する民営バス

■ **介護人付割引証発行申請　※身体障害者手帳（第１種に限る）及び愛の手帳所持者**

① 各種手帳

② 印鑑

■ **民営バス定期券割引購入申込書発行申請　※身体障害者手帳及び愛の手帳所持者**

① 各種手帳

② 印鑑

❖ 有料道路割引

通勤・通学・通院等の日常生活において、有料道路を利用する障害者に対し、自立と社会経済活動への参加を支援するため、有料道路料金について割引を行います。割引を受けるためには、手帳を管理している障害福祉課において事前に登録が必要です。（有料道路事業者が管轄）

■ **対象者**

・障害者本人が運転する場合・・・身体障害者手帳所持者（１～６級）

・障害者本人以外の方が運転し、本人が同乗する場合・・・第１種の身体障害者手帳所持者・第１種の愛の手帳所持者

■ **対象自動車**

登録できる自動車は障害者の方１人につき１台です。

事前に登録されていない自動車（知人の車やレンタカー等）でのご利用時にも、一定の要件のもとで障害者割引の適用ができます。

車種要件

自家用に限ります。（事業用は不可）

所有者氏名

個人名義のものに限ります。（法人名は不可）

本人・配偶者・直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者、同居の親族等

登録の対象とならない自動車

レンタカー・タクシー・軽トラック・借用自動車等

■ **割引内容**

通常料金の半額

■ **有効期間**

手続きを終了した日から２回目の誕生日まで

※更新の申請時（有効期限前の申請）は、３回目の誕生日まで

■ **事前登録**

① 有料道路障害者割引申請書兼 ETC 利用申請書
② 自動車検査証
③ 運転免許証(障害者本人が運転される場合のみ)
④ ETC カード（障害者本人名義のもの）(ETC を利用する場合のみ)
⑤ ETC 車載器セットアップ申込書・証明書（ETC を利用する場合のみ）
⑥ 各種手帳

■ **更新申請**

有効期限を過ぎた後も継続して割引を受けるためには、更新申請が必要です。

有効期限の２か月前から申請ができます。

新たな有効期限は手続きを終了した日から３回目の誕生日となります。

① 有料道路障害者割引申請書兼 ETC 利用申請書
② 自動車検査証
④ ETC カード　※前回申請時から変更がある場合
⑤ ETC 車載器セットアップ申込書・証明書　※前回申請時から変更がある場合
⑥ 各種手帳

■ **変更申請**

有効期限内に車の変更等が生じた場合、変更申請が必要です。

■ **利用方法**

・ETC を利用しない場合

料金所係員に登録された手帳を提示。係員が確認したうえで、割引料金を支払います。

・ETC を利用する場合

登録された ETC カードを車載器に挿入し、ETC レーンを通行します。カード請求時に割引料金で請求されます。

❖ 駐車禁止規制の適用除外

障害者が自分で運転する場合又は同居の親族（介護者）の運転する車に同乗した場合，ステッカーを車の前面に掲出することで、公安委員会指定の駐車禁止場所等の規制対象から原則として除外されます。

■ **対象者**

身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方で、障害の種類及び程度が次のいずれかに該当する方

身体障害者手帳

1. 視覚障害　１～３級又は４級の１
2. 聴覚障害　２級又は３級
3. 平衡機能障害　３級
4. 上肢機能障害　１級、２級の１又は２級の２
5. 下肢機能障害　１～４級
6. 体幹機能障害　１～３級
7. 心臓、じん臓、呼吸器、小腸、ぼうこう、直腸、免疫、肝臓機能障害　１～３級
8. 脳原性移動機能障害　１～４級

愛の手帳

１度又は２度

精神障害者保健福祉手帳

１級（精神通院医療に係る自立支援医療受給者に限ります。）

■ **窓口・手続**

障害者の方の居住地を管轄する警察署へ申請してください。

各種手帳、個人番号カードや運転免許証等の身分証明書が必要です。

※本人以外の方が代理で申請する場合は、本人と代理人の双方が記載された住民票（続柄が記載されたもの）が必要です。また、代理人が同居していない場合には、警察署へお問い合わせください。詳しくは、警視庁のホームページをご覧ください。

■ **問合せ先**

東大和警察署交通規制係　電話　０４２－５６６－０１１０

❖ タクシー料金の割引

■ **対象者**

身体障害者手帳又は愛の手帳の所持者

■ **割引の内容**

割引率　１０％（１０円未満の端数は切り上げ）

■ **利用方法・問合せ先**

乗車時に、身体障害者手帳又は愛の手帳を提示してください。

東京乗用旅客自動車協会　電話　０３－３２６４－８０８０

公 共 料 金 の 減 免

❖ ＮＨＫ放送受信料減免

心身障害者（児）がいる世帯に対し、NHK 放送受信料の全額免除又は半額免除を行います。（NHK が管轄）

■ **対象者**

全額免除

身体障害者、知的障害者、精神障害者が世帯構成員であり、世帯全員が市町村民税（住民税）非課税

半額免除

視覚、聴覚障害者が世帯主かつ受信契約者

重度の障害者（身体障害者１・２級、愛の手帳１・２度、精神障害者１級）が世帯主かつ受信契約者

■ **全額免除申請**

① 放送受信料免除申請書（全額免除用、市町村民税非課税の障害者用）
② 各種手帳
③ 課税（非課税）証明書（世帯員全員のもの）（転入の方のみ）
④ 印鑑

■ **半額免除申請**

① 放送受信料免除申請書（半額免除）
② 各種手帳
③ 印鑑

❖ 水道・下水道料金の減免

■ **対象者**

特別児童扶養手当の受給者（給水契約者の世帯の方）

■ **減免内容**

・水道料金は、基本料金と１か月当たり使用水量１０㎥までの分に係る従量料金との合算額を免除。
・下水道料金は、１か月当たり１０㎥までの汚水排水量に係る料金を免除。

■ **問合せ先**

東京都水道局多摩お客様センター　電話　０４２－５４８－５１１０
申請：東大和上北台３－４４７「東大和サービスステーション」
（多摩都市モノレール桜街道駅から徒歩５分）

❖ 家庭廃棄物処理手数料の減免（指定収集袋の交付）

社会的配慮が必要な世帯に対し、経済的な負担の軽減を図るため、家庭廃棄物処理手数料の減免（指定収集袋の交付）を行っています。

■ **対象者**

重度の障害者手帳（身体障害者手帳１・２級、愛の手帳１・２度、精神障害者保健福祉手帳１級）の交付を受けている者が属する世帯かつ世帯全員の住民税が非課税の世帯

■ **指定収集袋の交付枚数（１年分）**

世帯人数	容　量	可燃・不燃ごみ兼用 （緑　色）	容器包装プラスチック用 （ピンク色）
１人	１０ℓ	１１０枚	３０枚
２人	２０ℓ	１１０枚	３０枚
３人	２０ℓ	１６５枚	４５枚
４人	４０ℓ	１１０枚	３０枚

・交付枚数は、１０月から翌年９月までの枚数であり、免除の期間における月数に応じて枚数が按分されます。

・５人以上の世帯には、４人を超える人数１人につき、可燃・不燃ごみ兼用で２０ℓ袋５５枚、容器包装プラスチック用で２０ℓ袋１５枚を４人世帯の交付枚数に追加して交付されます。

・交付された指定収集袋を使い切った場合、それ以降の排出は自己負担となります。

■ **申請**

①　指定収集袋減免申請書

②　身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳

③　１月１日時点の住所地の課税（非課税）証明書（世帯員全員のもの）（転入の方のみ）

■ **手続・問合せ先**

武蔵村山市役所２階　ごみ対策課　　電話０４２－５６５－１１１１　内線２９２～２９４

選 挙

❖ 郵便等による不在者投票制度

■ **対象者**

身体障害者手帳所持者のうち、障害の種類及び程度が次のいずれかに該当する方

１．両下肢・体幹・移動機能障害　１級又は２級

２．内部機能障害（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸）　１級又は３級

３．免疫、肝臓機能障害　１級～３級

（注）　上記のほか、戦傷病者手帳（特別項症から第２項症までの両下肢もしくは体幹、又は特別項症から第３項症までの心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸又は肝臓）又は介護保険被保険者証（要介護５）をお持ちの方

■ **制度の内容**

上記の「対象者」に該当する方は、お住まいの区市町村の選挙管理委員会において、事前に「郵便等投票証明書」の交付を受けることで、自宅などで投票用紙に記載し、郵便等による投票ができます。

なお、交付された「郵便等投票証明書」の有効期限は７年間（ただし、要介護５のかたについては、介護保険被保険者証の有効期限と同じ）になりますのでご注意ください。

■ **制限**

投票用紙等の請求は、投票日の４日前までに行ってください。

■ **問い合わせ先**

武蔵村山市選挙管理委員会事務局　電話　０４２－５６５－１１１１　内線２３３

❖ 代理投票制度

■ **対象者**

からだが不自由等で自書できない方

■ **投票方法**

本人が投票所で申し出てくだされば代理で投票できます。

■ **窓口・手続**

各投票所

❖ 点字投票制度

■ **対象者**

視覚障害で点字での投票を希望する方

■ **投票方法**

本人が投票所で申し出てくだされば点字で投票できます。

■ **窓口・手続**

各投票所

❖ 投票しやすい環境づくり

■ 投票お手伝いカード対象者

投票の際に支援が必要なかたが、支援してほしいことを事前に「投票お手伝いカード」に記入して投票所へ持参することで、必要な支援を受けることができます。（内容により支援が難しい場合もあります。）

■ 投票用紙記入補助具

投票の際に、視覚に障害がある、視力が著しく低いなど、投票用紙の記入部分を認識しづらい方が、ご自身で記入することを補助する道具です。

■ 投票所にあるもの

投票所には、車いす、拡大鏡（ルーペ）、老眼鏡、文鎮、コミュニケーションボード、点字用投票用紙と点字器などがあります。

就 労 支 援

❖ 就労支援

武蔵村山市障害者就労支援センターとらいでは、障害のある人の就労機会の拡大や安心して継続的に働けるよう、就労面と生活面の支援を実施しています。お仕事探し、履歴書記入、面接同行などの就職に向けたサポートから就職後の相談まで全般的なサポートを無料で行います。

■ **対象者**

就職を希望する障害のある方、又はご家族の方の相談をお受けします。

■ **登録者**（Ｒ７．１現在）

４５７名（※内訳…身体障害者６９名、知的障害者１９３名、精神障害者２１２名、手帳なし８名）うち在職者２０７名　※内訳については重複障害含む

■ **支援内容**

① 就労面の支援

職業相談、就職準備支援、職場開拓、職場実習支援、職場定着支援、離職時の調整及び離職後の支援

② 生活面の支援

日常生活の支援、安心して職業生活を続けられるための支援、豊かな社会生活を築くための支援、将来設計や本人の自己決定に対する支援

■ **障害者就労相談**

障害者就労支援センターとらい（伊奈平１－６４－１あかつきコロニーから仮移転中）
市民総合センター２階（学園４－５－１）
精神障害者地域活動支援センター「お伊勢の森」右隣
月曜日から金曜日　９：００～１８：００

■ **問合せ先**（開所時間　９：００～１８：００）

電話　　０４２－５６０－７８３９
メール　office@try-mm.com

余 暇 活 動

❖ 障害者休養ホーム

■ **対象者**

各種手帳所持者及びその付添者（助成を受けられるのは障害者１人につき１人）

■ **給付の内容**

指定施設の利用の際、１泊につき次の額を限度として宿泊利用料の一部を助成します。助成額は、大人 6,490 円まで・小人 5,770 円まで（付添者については大人 3,250 円まで）です。

■ **付添者の要件**

必要な介助を行える中学生以上の方。都内在住の方に限りません。

■ **制限**

助成回数に制限があります。（１年度あたり２泊まで）

■ **問合せ先**

日本チャリティ協会　電　話　０３－３３５３－５９４２

ＦＡＸ　０３－３３５９－７９６４

相 談 窓 口

❖ 基幹相談支援センター

障害のあるかたが安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の拠点として、身体障害者、知的障害者及び精神障害者の相談支援業務を総合的に実施します。また、相談支援事業所等との連携を図り、相談支援体制の充実と強化にも取り組みます。どうぞご利用ください。

■ **対象者**

障害や難病のある市民のかたおよびそのご家族のかた・関係機関等

■ **相談支援内容**

①総合的・専門的な相談や障害のあるかたの生活全般における相談支援をします。

②地域の相談支援体制強化の取組みとして、地域の相談機関との連携や、相談事業者への専門的な助言、人材育成を行います。

③地域移行・地域定着の促進の取組みとして、施設や病院と連携し、障害のあるかたの生活準備等を行います。

④権利擁護・虐待の防止に関する相談窓口として、家庭や施設で虐待を受けている障害のあるかたの相談支援等を行います。

■ **受付日時**

月曜日から金曜日（祝日・年末年始を除く）　８：３０～１７：１５

■ **場所**

ハーモニーむらやま内（三ツ藤２-１４）

■ **問合せ先**

武蔵村山市障害者基幹相談支援センター　電話　０４２―５６９－６１５０

❖ 精神保健福祉一般相談

通院し、居宅で生活している精神障害者及びその家族を対象に生活相談（生活の仕方や対人関係等）や医療の相談（薬の飲み方、医療の継続の相談等）、福祉相談（経済的支援、住居、就労等）の他、社会復帰施設の利用や助言、あっせんの相談に応じます。

■ **対象者**

精神障害者及びその家族の方等

■ **実施日**

火曜日から金曜日　１０：００～１８：００、土曜日・日曜日　１４：００～１９：００

■ **場所**

市民総合センター２階　精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森

■ **申込・問合せ先**

精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森　電話　０４２―５６７－７２５６

❖ ピアカウンセリング（障害者による相談）

障害のある方々が、自らの体験に基づき、同じ目線で、同じような課題に直面する仲間（ピア）である他の障害のある方の相談に応じる、無料の相談会です。日頃なかなか話せない思いやなやみごとなどいろいろ気軽に話す時間を過ごせます。

■ **対象者**

障害当事者（視覚障害者・聴覚障害者・肢体不自由者・高次脳機能障害者）、その家族の方、関係機関の方

■ **実施日**

毎月第１週は聴覚、第２週は高次脳機能、第３週は肢体不自由、第４週は視覚障害と障害ごとに実施します。

■ **時間**

午後１時から４時まで（受付は当日正午まで）

■ **場所**

市民総合センター１階　障害者地域自立生活支援センター相談室

※視覚障害の方には、電話相談も開設しています。

■ **受付方法**

当日までに電話等で予約してください（利用料金はかかりません）。

■ **申込・問合せ先**

市民総合センター１階　障害者地域自立生活支援センター

電話　０４２―５９０－１５０１　FAX　０４２―５９０－１３０５

❖ ふくし法律相談

■ **相談日時・申込方法**

原則として、毎月第３火曜日午後１時３０分～午後４時３０分　※事前電話予約

■ **内容**

高齢者や障害者で判断能力が不十分な方の権利擁護相談

■ **申込・問合せ先**

社会福祉協議会　電話　０４２―５６６－００６１

❖ 福祉サービス総合相談・成年後見制度の相談

■ **相談日時・申込方法**

毎週月～金曜日午前９時～午後５時

■ **内容**

福祉サービスの手続の方法、日常の金銭管理の不安などの相談

■ **申込・問合せ先**

社会福祉協議会　電話　０４２―５６６－００６１

❖ 難病相談

東京都難病相談・支援センターでは、地域で生活する難病患者さんの日常生活における相談・支援、地域交流活動などを行う拠点として、患者さんの療養生活を支援しています。

電話や面談などでご相談をお受けしています。お気軽にご相談ください。

■ **主な相談内容**

療養相談、就労相談、ピア相談、日常生活用具の展示、医療相談会、医療講演会、患者家族交流会

■ **場所**

① 東京都難病相談・支援センター（順天堂診療放射線学科実習棟内）…電話 03-5802-1892
② 東京都多摩難病相談・支援室（都立神経病院内）……電話 042-323-5880
③ 東京都難病ピア相談室（東京都広尾庁舎内）……電話 03-3446-0220（相談専用）
電話 03-3446-1144（予約・問合せ専用）

■ **開設時間**

①～③いずれも平日１０時から午後５時（相談の受付は午後４時まで）

詳細は、東京都福祉局ホームページの難病ポータルサイトをご覧ください。

❖ 小児慢性特定疾病相談

東京都では、小児慢性特定疾病児童等自立支援として、慢性疾病を抱える子供と家族をサポートするため、医師、看護師、社会福祉士など専門職の相談員が医療や教育、福祉に関する相談をお受けしています。

■ **電話相談開設時間**

月曜日から金曜日まで（祝日を除く）　午前１１時から午後３時まで

電話番号：０３－５８４０－５９７３

■ **問合せ先**

認定ＮＰＯ法人難病のこども支援全国ネットワーク

詳細は、ホームページをご覧ください。https：//www.nanbyonet.or.jp

❖ 医療的ケア児を育てる保護者の方の就労に関するオンライン相談

東京都では、医療的ケア児を育てるご家族が抱える就労に関する不安や悩みに寄り添い、必要な情報提供を行うため、医療的ケア児ペアレントメンターによるオンライン相談をお受けしています。復職や再就職、就労活動やスキルアップ、仕事と子育ての両立などについてお悩みの方は、是非ご利用ください。

詳細についてはホームページをご覧ください。

ホームページ：https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/nichijo/s_shien/ikeaji_parentmentor.html

❖ 発達障害相談

東京都発達障害者支援センターにおいて、東京都在住の方を対象に、発達障害のあるご本人とそのご家族、関係機関・施設からの発達相談に関わる様々な相談に対応しています。

ご本人の年齢により、相談窓口が分かれていますので、ご注意ください。

■ ご本人が１８歳未満の方

通称「こどもトスカ」にお電話０３－６４１３－０２３１をお願いします。

■ 対象

都内にお住まいの１８歳未満の発達障害のある方とご家族、教育、福祉、就労、行政機関等のご本人に関わる全ての関係機関・施設の方

■ 相談申し込みの受付時間

受付：月曜日から金曜日（祝日を除く）、午前９時から午後５時まで

相談（予約制）：月曜日・火曜日・木曜日・金曜日（祝日を除く）、
午前９時３０分から午後５時まで

■ 場所

東京都発達障害者支援センター「こどもＴＯＳＣＡ（トスカ）」
世田谷区船橋１－３０－９
電　話：０３－６４１３－０２３１
ＦＡＸ：０３－３７０６－７２４２
メール：tosca@kisenfukushi.com
ホームページ：https://www.tosca-net.com

■ ご本人が１８歳以上の方

通称「おとなトスカ」にまずはお電話０３－６９０２－２０８２でご相談ください。

■ 対象

都内在住・在勤の１８歳以上の方

支援機関や企業など関係機関の支援者等

■ 相談受付時間

月曜日から土曜日（年末年始・祝日を除く）

午前９時から午後５時まで（ただし、第２・第４・第５水曜日と土曜日を除く）

■ 場所

東京都発達障害者支援センター「おとなＴＯＳＣＡ（トスカ）」
文京区大塚４－４５－１６
電　話：０３－６９０２－２０８２
メール：s.otona-tosca@ionp.or.jp
ホームページ：https://otona-tosca.org

■ その他

東京都発達障害者支援センターでは、地域の関係機関へつなぐ役割、その他、ご本人やご家族がお住まいの地域で必要な支援が受けらえるように、学校や会社、支援機関、行政機関などへのコンサルテーションや支援者への研修等、地域のバックアップも行っています。

❖ 電話リレーサービス

「電話リレーサービス」は、聴覚や発話に困難がある方ときこえる方を、通訳オペレータが手話・文字と音声とを通訳することにより、２４時間３６５日、電話で双方向につなぐサービスです。

・緊急通報　　・仕事のやりとり
・病院への連絡　　・家族や友人との会話

などでご利用になれます。

■ **問合せ先**

・電話リレーサービスを使ってみたい（利用登録、利用方法、サービス内容）

（一財）日本財団電話リレーサービス

TEL：０３－６２７５－０９１０受付時間９：００～１８：００（年末年始を除く）

FAX：０３－６２７５－０９１３　MAIL：info@nftrs.or.jp

・交付金、負担金について知りたい（番号単価、交付金、負担金制度）

（一社）電気通信事業者協会

TEL：０３－６３０２－８３９１受付時間９：００～１７：００（土・日・祝・年末年始を除く）

・電話リレーサービス制度について知りたい

総務省（電気通信消費者相談センター）

TEL:０３－５２５３－５９００受付時間９：３０～１２：００／１３：００～１７：００

資 料

❖ 関係機関一覧

■ 市内障害者関係事業所

名　　称	所在地	電話番号	実施サービス
武蔵村山市 身体障害者福祉センター	学園 4-5-1 市民総合センター1 階	042-590-1270	地域活動支援センターⅡ型 短期入所（独自事業）
武蔵村山市立のぞみ福祉園	本町 5-22-1	042-560-6011	就労継続支援Ｂ型
武蔵村山市障害者地域自立生活支援センター	学園 4-5-1 市民総合センター1 階	042-590-1501	計画相談支援
武蔵村山市精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森	学園 4-5-1 市民総合センター2 階	042-567-7256	計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、地域活動支援センターⅠ型、精神保健福祉一般相談
スペース・まどか	伊奈平 1-64-1	042-560-7900	就労継続支援Ｂ型、就労定着支援
あかつきコロニー相談支援センター		042-560-7840	計画相談支援、障害児相談支援
あかつき授産所			
福生第二学園	三ツ藤 2-34-1	042-569-3832	施設入所支援、短期入所、生活介護
ハーモニーむらやま	三ツ藤 2-14	042-569-3802	共同生活援助、短期入所
相談支援事業所みつふじ		042-569-3803	計画相談支援
たまこヒルズ	中藤 2-28-1	042-567-5502	自立訓練（生活訓練）、短期入所、宿泊型自立訓練
べてる村山	（非公開）	042-531-5810	共同生活援助
東京小児療育病院	学園 4-10-1	042-561-2521	生活介護、生活介護児童発達支援、短期入所、医療型障害児入所支援、療養介護、障害児相談支援、計画相談支援、児童発達支援
ひまわりハウス、ひまわりホーム	残堀 1-28-3	042-569-3087	共同生活援助、就労継続支援Ｂ型
夢の扉	神明 2-78-2	042-513-8520	共同生活援助
笑顔の扉	大南 2-47-20-2	042-516-8386	共同生活援助
ケアホームあしたば	伊奈平 1－62－2 メゾン salvia101, 201, 202	042-507-8722	共同生活援助
サンシャインホーム ヘルパーステーション	伊奈平 4-10-2	042-531-3741	居宅介護、同行援護、移動支援
三多摩福祉会コスモスむさし村山	大南 2-1-16 えのき薬局 2F	042-565-8862	居宅介護、重度訪問介護、移動支援
縁パワーハウジング・ウェイ	学園 1-48-5	042-569-8486	共同生活援助
くわの実ワーカーズ	本町 1-50-1	042-560-4525	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、移動支援
あいの実武蔵村山	中原 4-3-2	042-520-2195	放課後等デイサービス（重心）、移動支援、生活介護、児童発達支援
アスモ介護サービス武蔵村山	三ツ木 3-23-5 マスオビル 201	042-520-7712	居宅介護、重度訪問介護
えのき園	学園 3-84-1	042-565-6062	就労継続支援Ｂ型
第二えのき園	学園 3-5-4	042-516-9315	生活介護
グループホームえのき	大南 3-39-4	042-569-8809	共同生活援助
ＮＰＯかたくり	緑が丘 1460 47-24	042-561-6300	就労継続支援Ｂ型
村山たんぽぽ	学園 3-59-3 コロコロセンター1 階	042-569-8373	就労継続支援Ｂ型
ひなた和楽館	中央 4-55-5	042-569-8747	生活介護、就労継続支援Ｂ型
ジョイナス	中藤 4-59-1	042-516-8366	就労継続支援Ｂ型
結（ゆい）緑が丘	大南 2-47-17	042-516-8521	就労継続支援Ｂ型
クローバー	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 1 階	042-843-7050	放課後等デイサービス

地域活動センターのはな	学園 1-112-8 エステート武蔵村山１階	042-843-8150	地域活動支援センターⅡ型
放課後デイサービスひだまり	三ツ木 5-22-18	042-843-6320	放課後等デイサービス
ショートステイひだまり			短期入所（障害児）
グループホーム笑顔	中央 4-55-1	042-561-2787	共同生活援助
放課後デイサービスせせらぎ	大南 1-111-23	042-843-6459	放課後等デイサービス
妖精の杜	残堀 1-110-9	042-531-9111	放課後等デイサービス
障害者就労支援センターとらい	学園 4-5-1 仮移転中 市民総合センター2 階	042-560-7839	就労支援
放課後等デイサービスあいびー	榎 3-103-2	042-569-7781	放課後等デイサービス
バディー訪問介護	中原 1-28-1 ハイム BABA101	042-569-7801	居宅介護、重度訪問介護
イブハウス	学園 5-16-3-201	042-516-9284	共同生活援助
グループホーム心之泉	三ツ木 2-13-3	042-569-7915	共同生活援助
パセリ	学園 1-112-8 エステート武蔵村山	042-516-9284	共同生活援助
マルク	学園 1-112-8 エステート武蔵村山103	042-569-8975	居宅介護、行動援護、移動支援、 同行援護
マルクサポート	大南 4-38-1 サンハイツ大南202	042-516-9343	計画相談支援、障害児相談支援
放課後等デイサービス・児童発達支援　Ｗａｌｋ武蔵村山	学園 1-7-3	042-843-5372	児童発達支援、放課後等デイサービス 移動支援　地域活動支援センター 日中一時支援
児童発達支援事業所ちいろば教室	中央 2-117-1	042-561-1908	児童発達支援
ケアプランセンターゆいゆい	榎 3-51-2 ｻｳｽｳｨﾝﾄﾞ 1F	042-506-8641	計画相談支援、障害児相談支援
訪問介護事業所すふれ	大南 1-89-2 コーポ・ハリ 102	042-516-8390	居宅介護、同行援護、重度訪問介護
訪問介護同心	学園 4-3-63	042-502-0700	居宅介護、重度訪問介護
相談支援センターＷａｌｋ	学園 1-7-3	042-843-5372	障害児相談支援、計画相談支援
おうちえんＷａｌｋ	本町 1-32-4	042-843-8690	短期入所、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援
マリーゴールド	学園 5-16-3 三友ビル１階	042-843-5281	就労継続支援Ｂ型
十色広場そういく　村山校	残堀 1-40-1	042-506-8801	児童発達支援、放課後等デイサービス
レインボーズアパートメント武蔵村山	榎 2－70－3	042-569-8912	共同生活援助
ウィズ・ユー武蔵村山	学園 2-3-10	042-843-8226	児童発達支援、放課後等デイサービス

■　**関係機関**

名称	所在地	電話番号
武蔵村山市健康福祉部障害福祉課	学園 4-5-1　市民総合センター1 階	042-590-1185
武蔵村山市子ども家庭部子ども育成課	本町 1-1-1　1 階 東側	042-565-1111
武蔵村山市健康福祉部生活福祉課	本町 1-1-1　1 階 東側	042-565-1111
東京都心身障害者福祉センター	新宿区神楽河岸 1-1 ｾﾝﾄﾗﾙﾌﾟﾗｻﾞ	03-3235-2946
東京都心身障害者福祉センター多摩支所	国立市富士見台 2-1-1	042-573-3311
東京都多摩障害者スポーツセンター	国立市富士見台 2-1-1	042-573-3811
小平児童相談所	小平市花小金井 1-31-24	042-467-3711
東京都立中部総合精神保健福祉センター	世田谷区上北沢 2-1-7	03-3302-7711
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	多摩市中沢 2-1-3	042-371-5560
多摩立川保健所	立川市柴崎町 2-21-19	042-524-5171
武蔵村山市子ども家庭部子ども子育て支援課母子保健係	学園 4-5-1　市民総合センター2 階	042-564-5421
子ども家庭支援センター	学園 4-5-1　市民総合センター2 階	042-590-1152
教育相談室	学園 4-5-1　市民総合センター3 階	042-590-1470
保健相談センター	本町 1-23	042-565-9315
東京都発達障害者支援センター（こどもＴＯＳＣＡ）	世田谷区船橋 1-30-9	03-6413-0231
東京都発達障害者支援センター（おとなＴＯＳＣＡ）	文京区大塚 4-45-16	03-6902-2082

■ 障害者相談員

	氏名	電話
身体障害者相談員	須永　美智子	042-564-0776（FAX）
	馬場　均	042-565-3003
	平田　祐子	042-561-9029
	鈴木　真希	042-511-4115（FAX）
知的障害者相談員	柳　　清美	042-567-5754
	岩瀬　香世	042-531-1138

■ 市内サービス別事業所一覧

居宅介護

名　称	所在地	電話番号
アスモ介護サービス武蔵村山	三ツ木 3-23-5 マスオビル 201	042-520-7712
三多摩福祉会コスモスむさし村山	大南 2-1-16 えのき薬局 2F	042-565-8862
くわの実ワーカーズ	本町 1-50-1	042-560-4525
バディー訪問介護	中原 1-28-1 ハイム BABA101	042-569-7801
マルク	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 103	042-569-8975
訪問介護事業所すふれ	大南 1-89-2 コーポ・ハリ 102	042-516-8390
訪問介護同心	学園 4-3-63	042-502-0700
サンシャインホームヘルパーステーション	伊奈平 4-10-2	042-531-3741
訪問介護 ＣＲＡＣＫ ＵＰ	大南 3-69-25	042-843-5975
訪問介護さくら	岸 2-4-13	042-506-8531

重度訪問介護

名　称	所在地	電話番号
アスモ介護サービス武蔵村山	三ツ木 3-23-5 マスオビル 201	042-520-7712
くわの実ワーカーズ	本町 1-50-1	042-560-4525
バディー訪問介護	中原 1-28-1 ハイム BABA101	042-569-7801
訪問介護事業所すふれ	大南 1-89-2 コーポ・ハリ 102	042-516-8390
訪問介護同心	学園 4-3-63	042-502-0700
訪問介護 ＣＲＡＣＫ ＵＰ	大南 3-69-25	042-843-5975
訪問介護さくら	岸 2-4-13	042-506-8531

行動援護

名　称	所在地	電話番号
マルク	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 103	042-569-8975
訪問介護事業所すふれ	大南 1-89-2 コーポ・ハリ 102	042-516-8390

同行援護

名　称	所在地	電話番号
サンシャインホームヘルパーステーション	伊奈平 4-10-2	042-531-3741
訪問介護事業所すふれ	大南 1-89-2 コーポ・ハリ 102	042-516-8390
くわの実ワーカーズ	本町 1-50-1	042-560-4525
マルク	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 103	042-569-8975

療養介護

名　称	所在地	電話番号
東京小児療育病院	学園 4-10-1	042-561-2521

生活介護

名　称	所在地	電話番号
福生第二学園	三ツ藤 2-34-1	042-569-3832
ひなた和楽館	中央 4-55-5	042-569-8747
第二えのき園	学園 3-5-4	042-516-9315
東京小児療育病院地域支援センター	学園 4-10-1	042-561-2521
あいの実武蔵村山	中原 4-3-2	042-520-2195
ゆとろぎの森	残堀 1-104　福島貸工場 B	042-503-1056

短期入所

名称	所在地	電話番号
福生第二学園	三ツ藤 2-34-1	042-569-3832
東京小児療育病院	学園 4-10-1	042-561-2521
ショートステイひだまり	三ツ木 5-22-18	042-843-6320
たまこヒルズ	非公開	042-567-5502
おうちえんＷａｌｋ	本町 1-32-4	042-843-8690
ハーモニーむらやま	三ツ藤 2-14	042-569-3802

施設入所支援

名称	所在地	電話番号
福生第二学園	三ツ藤 2-34-1	042-569-3832

共同生活援助（ＧＨ）

名称	所在地	電話番号
ハーモニーむらやま	三ツ藤 2-14	042-569-3802
グループホーム笑顔	中央 4-55-1	042-561-2787
笑顔の扉	大南 2-47-20-2	042-516-8386
笑顔の扉Ⅱ		
グループホームえのき　春	大南 3-39-4　1 階	042-569-8809
グループホームえのき　夏	大南 3-39-4　2 階	
ケアホームあしたば３	伊奈平 1－62－2 メゾン salvia101	042-507-8722
ケアホームあしたば	伊奈平 1－62－2 メゾン salvia201 202	
ケアホームあしたば２		
縁パワーハウジング・ウェイ	学園 1-48-5	042-569-8486
ひまわりホーム	残堀 1-28-3	042-569-3087
夢の扉	神明 2-78-2	042-513-8520
べてる村山	（非公開）	042-531-5810
べてる村山Ⅱ		
イブハウス/ミント	学園 2－17－3	042-516-8980
イブハウス２号	学園 5－16－3 三友ビル 201 号室、305 号室	042-516-9284
レインボーズアパートメント武蔵村山	榎 2-70-3　１Ｆ、２Ｆ	042-569-8912
グループホーム心之泉	三ツ木 2-13-3	042-569-7915
グループホーム心之泉２号	三ツ木 5-28-19	
パセリ／ラベンダー	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 302	042-516-9284
パセリ／パセリ	学園 5-17-1（1Ｆ）	
パセリ／バジル	学園 5-17-1（2Ｆ）	
メゾン・ド・ボナリベＡ	（非公開）	042-507-8273

宿泊型自立訓練

名称	所在地	電話番号
たまこヒルズ	中藤 2-28-1	042-567-5502

自立訓練（生活訓練）

名称	所在地	電話番号
たまこヒルズ	中藤 2-28-1	042-567-5502

就労継続支援（Ｂ型）

名称	所在地	電話番号
ひなた和楽館	中央 4-55-5	042-569-8747
あかつき授産所	伊奈平 1-64-1	042-560-7840
スペース・まどか		042-560-7900
結（ゆい）緑が丘	大南 2-47-17	042-516-8521
結（ゆい）緑が丘　第２	緑が丘 1460 46-18	042-561-1797
村山たんぽぽ	学園 3-59-3 コロコロセンター１階	042-569-8373
えのき園	学園 3-84-1	042-565-6062
武蔵村山市立のぞみ福祉園	本町 5-22-1	042-560-6011
ひまわりハウス	残堀 1-28-3	042-569-3087
ジョイナス	中藤 4-59-1	042-516-8366
ＮＰＯかたくり	緑が丘 1460 47-24	042-561-6300
マリーゴールド	学園 5-16-3 三友ビル１階	042-843-5281

就労定着支援

名称	所在地	電話番号
スペース・まどか	伊奈平 1-64-1	042-560-7900

基幹相談支援センター

名称	所在地	電話番号
武蔵村山市障害者基幹相談支援センター	三ツ藤 2-14 （ハーモニーむらやま内）	042-569-6150

計画相談支援

名称	所在地	電話番号
相談支援事業所みつふじ	三ツ藤 2-14 （ハーモニーむらやま内）	042-569-3803
あかつきコロニー相談支援センター	伊奈平 1-64-1	042-560-7840
東京小児療育病院地域支援センター	学園 4-10-1	042-561-2521
武蔵村山市社会福祉協議会特定相談支援事業所	学園 4-5-1	042-590-1501
武蔵村山市精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森	学園 4-5-1	042-567-7256
ケアプランセンターゆいゆい	榎 3-51-2 サウスウインド 1F	042-506-8641
相談支援センターＷａｌｋ	学園 1-7-3	042-843-5372
マルクサポート	大南 4-38-1 サンハイツ大南 202	042-516-9343
相談支援センタークローバー	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 1F	042-843-7050
相談支援事業所ボナリベ	大南 1-139-1 グラドゥアーレⅡ101	042-507-8273
相談支援事業所らしく	神明 2-64-1	042-843-6520

地域移行支援

名称	所在地	電話番号
武蔵村山市精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森	学園 4-5-1	042-567-7256

地域定着支援

名称	所在地	電話番号
武蔵村山市精神障害者地域活動支援センターお伊勢の森	学園 4-5-1	042-567-7256

障害児相談支援

名称	所在地	電話番号
あかつきコロニー相談支援センター	伊奈平 1-64-1	042-560-7840
東京小児療育病院地域支援センター	学園 4-10-1	042-561-2521
ケアプランセンターゆいゆい	榎 3-51-2 ｻｳｽｳｨﾝﾄﾞ 1F	042-506-8641
相談支援センターＷａｌｋ	学園 1-7-3	042-843-5372
マルクサポート	大南 4-38-1 サンハイツ大南 202	042-516-9343
相談支援センタークローバー	学園 1-112-8 エステート武蔵村山 1F	042-843-7050

児童発達支援

名称	所在地	電話番号
東京小児療育病院地域支援センター	学園 4-10-1	042-561-2521
児童発達支援事業所ちいろば教室	中央 2-117-1	042-561-1908
放課後等デイサービス・児童発達支援　Ｗａｌｋ武蔵村山	学園 1-7-3	042-843-5372
おうちえんＷａｌｋ	本町 1-32-4	042-843-8690
あいの実武蔵村山	中原 4-3-2	042-520-2195
十色広場そういく　村山校	残堀 1-40-1	042-506-8801
ウィズ・ユー武蔵村山	学園 2-3-10	042-843-8226
キンダークムクム三ツ藤	三ツ藤 3-37-20	042-569-6355
第二おうちえん（仮称）　※令和 8 年 5 月開設予定	本町 1-55-17	

放課後等デイサービス

名称	所在地	電話番号
あいの実武蔵村山	中原 4-3-2	042-520-2195
放課後デイサービスせせらぎ	大南 1-111-23	042-843-6459
クローバー	学園 1-112-8 エステート武蔵村山１階	042-843-7050
放課後デイサービスひだまり	三ツ木 5-22-18	042-843-6320
妖精の杜	残堀 1-110-9	042-531-9111
放課後等デイサービス・児童発達支援　Ｗａｌｋ武蔵村山	学園 1-7-3	042-843-5372
放課後等デイサービスあいびー	榎 3-103-2	042-569-7781
おうちえんＷａｌｋ	本町 1-32-4	042-843-8690
十色広場そういく　村山校	残堀 1-40-1	042-506-8801
ウィズ・ユー武蔵村山	学園 2-3-10	042-843-8226
キンダークムクム三ツ藤	三ツ藤 3-37-20	042-569-6355
第二おうちえん（仮称）　※令和 8 年 5 月開設予定	本町 1-55-17	

医療型障害児入所支援

名称	所在地	電話番号
東京小児療育病院	学園 4-10-1	042-561-2521

保育所等訪問支援

名称	所在地	電話番号
おうちえんＷａｌｋ	本町 1-32-4	042-843-8690
ウィズ・ユー武蔵村山	学園 2-3-10	042-843-8226

訪問看護事業所

名称	所在地	電話番号
訪問看護ステーションゆいまーる	榎 3-51-2 サウスウインド１F	042-506-8641
セントケア訪問看護ステーション立川	立川市柴崎町 2-7-6 さかえビル３階３０１	042-540-1966
訪問看護ステーション・青い空	東大和市仲原 3-14-24	042-590-1905
訪問看護ステーションはればれ東大和支所	東大和市中央 4-922-11 トップヒルズ１０１	042-843-9810
訪問看護ステーションてのひら	東村山市富士見町 5-9-60	042-399-3380
あるもに訪問看護リハビリステーション 立川・東大和事業所	立川市柏町 4-45-6 トラインコート１F	042-538-7056

*****M E M O*****

障害者福祉の手引

令和８年４月発行

武蔵村山市　健康福祉部　障害福祉課

〒２０８－８５０２

武蔵村山市学園四丁目５番地の１

市民総合センター１階（市立雷塚小学校東）

電話番号　０４２－５９０－１１８５

ファクス　０４２－５６２－３９６６