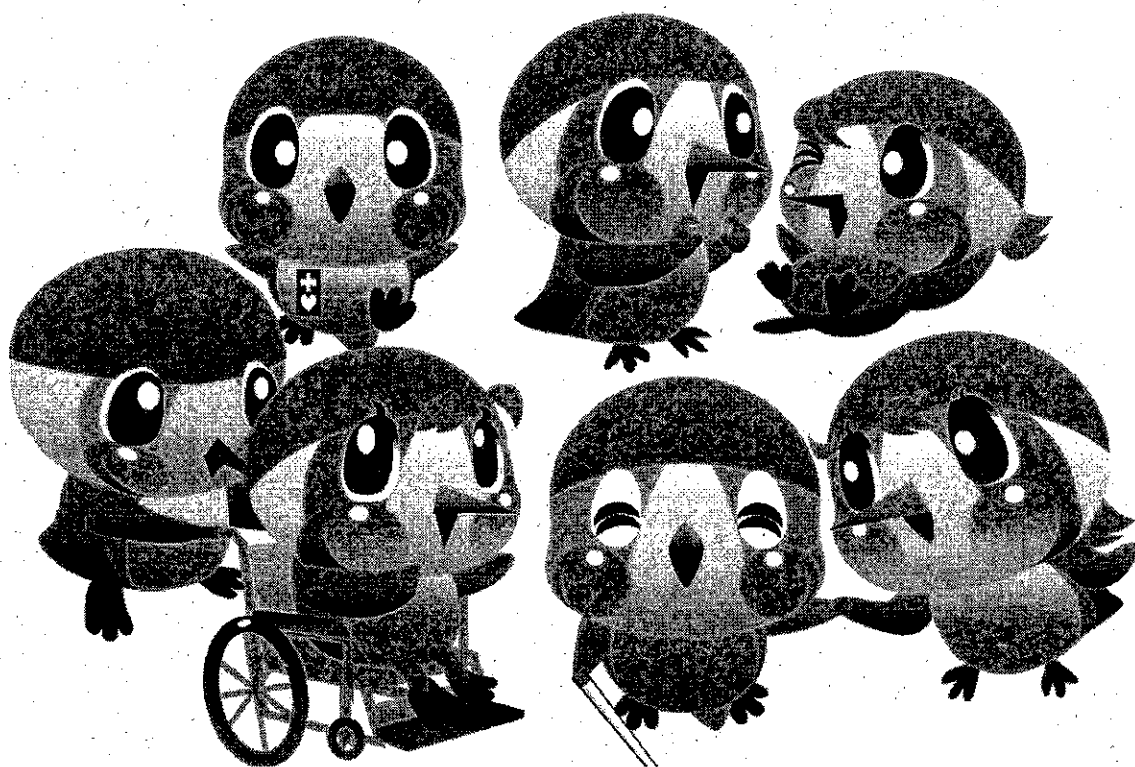


# 障がい福祉の概要

## (精神障がい用)



綾瀬市マスコットキャラクター あやびい

綾瀬市障がい福祉課

# 目 次

|   |                                 |    |
|---|---------------------------------|----|
| 1 | 手帳の交付                           |    |
|   | 精神障害者保健福祉手帳                     | 1  |
| 2 | 相談業務                            |    |
|   | 障がい児者相談支援センター                   | 2  |
|   | 就労相談・職業紹介                       | 2  |
|   | 精神保健相談窓口                        | 3  |
|   | 精神科救急医療情報窓口                     | 3  |
| 3 | 手当等                             |    |
|   | 綾瀬市障害者愛護手当                      | 3  |
|   | 神奈川県在宅重度障害者等手当                  | 4  |
|   | 特別障害者手当                         | 5  |
|   | 障害児福祉手当                         | 6  |
|   | 神奈川県心身障害者扶養共済制度                 | 6  |
| 4 | 生活の援助等                          |    |
|   | タクシー運賃及び自動車燃料費の助成               | 7  |
|   | 施設通所交通費の助成                      | 8  |
|   | ごみの戸別収集                         | 8  |
|   | 個別避難計画の作成                       | 9  |
| 5 | 医療費の助成                          |    |
|   | 自立支援医療（精神通院）制度                  | 10 |
|   | 重度障害者医療費助成                      | 11 |
|   | 神奈川県入院医療援護金制度                   | 12 |
| 6 | 障害者総合支援法に係る障害福祉サービス             |    |
|   | 障害福祉サービス                        | 12 |
|   | （詳細は、別冊「障害福祉サービス利用のてびき」参照）      |    |
|   | 地域活動支援センター ファミール                | 13 |
|   | 地域活動支援センター トライアングル              | 13 |
| 7 | スポーツ・講座等                        |    |
|   | 神奈川県障害者スポーツ大会                   | 13 |
|   | 精神障がい者家族教室                      | 13 |
| 8 | 税の控除・減免・割引について                  |    |
|   | 国税（所得税・相続税・贈与税）                 | 14 |
|   | 市県民税                            | 14 |
|   | 自動車税（軽自動車税）環境性能割、自動車税（軽自動車税）種別割 | 15 |
| 9 | 公共料金等の割引                        |    |
|   | 水道料金の減免                         | 16 |
|   | NHK放送受信料の減免                     | 16 |
|   | 公共交通機関の割引（バス、鉄道、航空運賃等）          | 16 |
|   | コミュニティバス運賃の割引                   | 17 |
|   | タクシー運賃の割引                       | 17 |
|   | 携帯電話基本使用料等の割引                   | 17 |
|   | NTT電話番号無料案内                     | 18 |
|   | 県営住宅家賃の減免                       | 18 |
|   | 文化施設等の入場料の割引                    | 18 |
|   | 文化会館・公民館・コミュニティセンターの利用料の減免      | 19 |

|                        |    |
|------------------------|----|
| 10 他課の制度等              |    |
| 身近な相談等                 | 20 |
| 障害年金                   | 20 |
| 国民年金保険料の免除制度           | 21 |
| 後期高齢者医療制度の認定           | 21 |
| 特別児童扶養手当               | 22 |
| 児童扶養手当                 | 22 |
| 公営住宅申込時の優遇             | 23 |
| 選挙時におけるタクシーを利用した移動支援事業 | 23 |
| 11 社会福祉協議会の制度等         |    |
| 車いすの貸出                 | 24 |
| 生活福祉資金の貸付              | 24 |
| 住民参加型生活支援事業            | 24 |
| 住民参加型移動支援事業（会員相助型）     | 24 |
| 日常生活自立支援事業             | 24 |
| 法人後見事業                 | 24 |
| 12 その他                 |    |
| 福祉有償運送（車両による外出支援サービス）  | 25 |
| 防災ハンドブック               | 25 |
| 駐車禁止除外指定車の許可           | 25 |
| かながわ障害者等用駐車区画利用証交付     | 26 |
| ミライロID                 | 26 |
| 障がい者団体への加入             | 27 |
| 関係機関等一覧                | 28 |

## 注 意 事 項

- 1 本冊子は、精神障がい児者のための各種制度について、概要を取りまとめたものです。
- 2 障害基礎年金、障害年金、特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、児童扶養手当の対象となる障がい程度は、各制度ごとに独自に定められており、精神障害者保健福祉手帳の等級とは一致していません。
- 3 申込み先、問合せ先については、各制度ごとに記載してありますが、記載の無いものについては下記までお願いします。

|                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>障がい福祉課</b><br>電話 0467-70-5623 | <b>障がい福祉担当</b><br>FAX 0467-70-5702 |
|----------------------------------|------------------------------------|

# 1 手帳の交付

## (1) 精神障害者保健福祉手帳

精神障がいのため長期にわたり生活の中で制限がある方を対象に、申請時の医師の診断書に基づき、障がいの等級（1～3級）が決定されます。この手帳を持つことで、自立した生活や社会参加の手助けとなる福祉サービスが受けられます。手帳は有効期限があり、**2年毎の更新が必要**です。更新の申請は、有効期限の3か月前から行うことができます。

### 申請時の必要書類

|                           | 診断書<br>（用紙は<br>障がい福<br>祉課にあ<br>ります） | 障害年金証<br>書か直近の<br>年金振込み<br>通知書又は<br>特別障害給<br>付金受給資<br>格証 | 写真 1 枚<br>（タテ 4cm<br>ヨコ 3cm、<br>上半身・無<br>帽） | 現在の手帳                 | マイナン<br>バー |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|------------|
|                           | どちらか一方で可                            |                                                          |                                             |                       |            |
| 新規申請                      | ○                                   | ○                                                        | ○                                           | -                     | ○          |
| 等級変更                      | ○                                   | ○                                                        | ○                                           | ○                     | ○          |
| 更新・再承認                    | ○                                   | ○                                                        | ○                                           | ○                     | ○          |
| 再発行・写真交換                  | -                                   | -                                                        | ○                                           | ○<br>紛失の場合は<br>不要     | ○          |
| 氏名・住所変更                   | -                                   | -                                                        | -                                           | ○                     | ○          |
| 横浜・川崎・相<br>模原・県外から<br>の転入 | -                                   | -                                                        | -                                           | ○<br>有効期限切れ<br>の場合は不要 | ○          |
| 返還                        | -                                   | -                                                        | -                                           | ○                     | ○          |

※申請から交付までは約3か月程度かかります。

※診断書記載日が、精神障がいに係わる初診日から6か月を経過している必要があります。

※年金証書や年金振込み通知書等で申請できるのは、年金の支給事由が精神障がいの診断による場合に限ります。

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 問合せ先 | 障がい福祉課 障がい福祉担当 電話 70-5623 |
|------|---------------------------|

## 2 相談業務

### (1) 障がい児者相談支援センター

生活全般で困っていることや福祉サービスの利用などの相談を専門相談員が受け、総合的・専門的な支援を行います。障がい者手帳の有無にかかわらず、本人・家族・関係者などからの相談も可能です。

|                   |                                                        |                                                                                                         |
|-------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 場 所               | 綾瀬市保健福祉プラザ1階 綾瀬市深谷中4-7-10                              |                                                                                                         |
| 開設時間              | 8時30分～12時15分・13時～17時                                   |                                                                                                         |
| 専門相談員による個別相談      | 10時～15時<br>(1時間単位)<br>要予約<br>電話 77-1118<br>FAX 40-4006 | 月曜日：精神障がい(午前)<br>身体障がい(午後)<br>火曜日：就労相談<br>水曜日：発達障がい<br>木曜日：身体障がい(隔週)<br>精神障がい(毎週)<br>金曜日：知的障がい・児童(午前のみ) |
| 必要に応じて訪問相談も実施します。 |                                                        |                                                                                                         |

### (2) 就労相談・職業紹介

| 項 目  | 内 容                                                    | 問合せ先                                                         |
|------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 就労相談 | 地域での生活を基本に就労・転職を希望する障がい児・者の方の相談を実施します。                 | 障がい児者相談支援センター<br>電話 0467-77-1118<br>FAX 0467-40-4006         |
| 就労支援 | 就労に際し継続的なフォローを必要とする方を対象に、職業内容に応じた就労の場の確保と、職場定着を支援します。  | 障害者就業・生活支援センター「ほむ」<br>電話 046-232-2444<br>FAX 046-232-2445    |
| 職業紹介 | 公共職業安定所に専門の指導員がおかれており、求人・求職からアフターケアまで一貫したサービスが行われています。 | 大和公共職業安定所<br>(ハローワーク)<br>電話 046-260-8609<br>FAX 046-264-0966 |
| 職業訓練 | 身体障がい者の能力に適した職業訓練を行い、就職・自立を促進しています。                    |                                                              |

### (3) 精神保健相談窓口

| 相談内容                      | 相談場所                            | 連絡先          | 備考                               |
|---------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 精神保健福祉相談ケース<br>ワーカー対応     | 厚木保健福祉事務<br>所大和センター             | 046-261-2948 | 月～金                              |
| 精神科医による精神保健<br>福祉相談       | 厚木保健福祉事務<br>所大和センター<br>(予約制・無料) | 046-261-2948 | 精神的な問<br>題を抱えて<br>いる方とそ<br>の家族対象 |
| こころの電話相談<br>(こころの健康に関する事) | 神奈川県精神保健<br>福祉センター              | 0120-821-606 | 月～金<br>9:00～<br>21:00            |
| いのちの電話                    | 横浜いのちの電話                        | 045-335-4343 | 24 時間                            |
|                           | 川崎いのちの電話                        | 044-733-4343 | 24 時間                            |

### (4) 精神科救急医療情報窓口 (神奈川県・横浜市・川崎市協働運営)

精神疾患の急激な発症や、症状の悪化により早急に医療を必要とされる方に、  
受診や入院ができる当番医療機関(診療所・病院)を紹介する窓口です。

なお、平日の昼間については、厚木保健福祉事務所大和センターでご相談く  
ださい。

|      |                                                                                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付時間 | 平日(月～金曜日) 17 時～ 翌朝 8 時 30 分<br>土、日、祝日及び年末年始 8 時 30 分 ～ 翌朝 8 時 30 分<br>(翌日が平日の場合は 8 時まで) |
| 連絡先  | TEL : 045-261-7070                                                                      |

## 3 手当等

### (1) 綾瀬市障害者愛護手当

| 項 目          | 内 容                                                           |      |                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------|------|---------------------------|
| 対 象 者        | 4月1日現在、市内に1年以上居住しており、かつ、下記の①～⑧<br>のいずれかに該当する手帳を取得している方。       |      |                           |
| 手当の額<br>(年額) | ①身体障害者手帳1級、2級<br>②知能指数 35 以下又は療育手帳A1、A2<br>③精神障害者保健福祉手帳1級     |      | 11,000 円                  |
|              | ④身体障害者手帳3級、4級<br>⑤知能指数 35 を超え 50 以下又は療育手帳B1<br>⑥精神障害者保健福祉手帳2級 |      | 6,000 円                   |
|              | ⑦身体障害者手帳5級、6級<br>⑧知能指数 50 を超え 75 以下又は療育手帳B2                   |      | 4,000 円                   |
| 支 給 月        | 7 月                                                           | 申請期間 | 4月1日から4月30日まで(土・日・祝日は除く。) |

|      |                                        |
|------|----------------------------------------|
| 必要書類 | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳<br>本人名義の預金通帳 |
|------|----------------------------------------|

※身体、知的及び精神障がいが重複する場合は、合算した額が支給されます。

※申請は初回のみ手続きが必要（振込先や等級変更等があった場合は、必ず変更届を提出してください）。

## (2) 神奈川県在宅重度障害者等手当

| 項 目   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 対 象 者 | <p>毎年8月1日時点で県内に6か月以上居住している、次の①～④のいずれかに該当する方</p> <p>①次のa～cのうち、2つ以上に該当する方</p> <p>a.身体障害者手帳 1 級又は 2 級を交付された方</p> <p>b.療育手帳A 1 又はA 2（IQ35以下）の判定を受けた方</p> <p>c.精神障害者保健福祉手帳 1 級を交付された方</p> <p>②身体障害者手帳 1 級又は 2 級＋療育手帳B 1（IQ50以下）</p> <p>③身体障害者手帳 3 級＋療育手帳B 1（IQ50以下）＋精神障害者保健福祉手帳 1 級</p> <p>④特別障害者手当又は障害児福祉手当を受給している方<br/>（申請年度の8月分の支給を受けていること）</p> <p>※以下の条件に該当する方は除外されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続して3か月を超えて施設に入所、又は病院に入院している方</li> <li>・前年度の所得が一定以上の方</li> <li>・65歳以上で①～④に該当した方</li> </ul> |     |    |
| 手当の額  | 年額 60,000 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 支給月 | 1月 |
| 必要書類  | <p>身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳、<br/>預金通帳 ※毎年度、現況届を提出していただきます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |    |

### (3) 特別障害者手当

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|
| 対象者  | <p>日常生活において、常時特別の介護を必要とする在宅重度障がい者（障害者手帳の取得条件としておりません。）に支給されます。また、常時特別の介護を必要とする障がいとは、次の障がいを一つ以上もしくは、重複している場合などをいいます。</p> <p>①両眼の視力がそれぞれ0.03の方<br/>②両耳の聴力レベルが100デシベル以上の方<br/>③両上肢の機能に著しい障がいを有する方又は両上肢のすべての指を欠く方もしくは両上肢のすべての指の機能に著しい障がいを有する方<br/>④両下肢の機能に著しい障がいを有するもの又は両下肢を足関節以上で欠く方<br/>⑤体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がいを有する方<br/>⑥前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度の方（内部障がい等）<br/>⑦精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる方<br/>（注）7の「精神の障がい」には、知的障がい、発達障がい、高次脳機能障がいも含まれます。<br/>（注）上記要件は一例です。障がいの内容により重複であることや、日常生活能力の判定などが認定の条件になる場合があります。また、申請後に審査があり、必ずしも認定になるとは限りません。詳細についてはお問合せください。</p> |     |              |
| 支給要件 | <p>①20歳以上であること。<br/>②施設に入所していないこと。<br/>（入院の場合は3か月を超えて入院していないこと）<br/>③毎年の所得が基準以下であること。</p> <p>なお、原爆被爆者の介護手当、公害被害補償法及び予防接種法の手当とは併給調整があります。また、所得制限がありますので、詳しくは障がい福祉課に確認してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |              |
| 手当の額 | 月額29,590円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 支給月 | 5月、8月、11月、2月 |
| 必要書類 | <p>診断書（身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳で障がいの程度が確認できる場合は障害者手帳）<br/>本人名義の預金通帳<br/>※申請には、特別障害者手当用の所定の診断書等が必要となる場合がありますので、必ず事前に障がい福祉課まで御相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |



#### (4) 障害児福祉手当

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | <p>日常生活において、常時介護を必要とする状態で、次の障がいがあるか、それと同程度以上の状態の方</p> <p>①両眼の視力の和が0.02以下の方（矯正視力による）</p> <p>②両耳の聴力が補聴器を使用しても音声を識別することができない程度の方</p> <p>③両上肢の機能に著しい障がいを有する方</p> <p>④両上肢のすべての指を欠く方</p> <p>⑤両下肢の用を全く廃した方</p> <p>⑥両大腿を2分の1以上失った方</p> <p>⑦体幹の機能に座っていることができない程度の障がいを有する方</p> <p>⑧前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度の方</p> <p>⑨精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる程度の方</p> <p>⑩身体の機能の障がいもしくは病状又は精神の障がい重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度の方</p> |
| 支給要件 | <p>①請求者が20歳未満であること</p> <p>②請求者が施設に入所していないこと</p> <p>③請求者及び扶養義務者等の毎年の所得が基準以下であること</p> <p>④請求者が障がいを支給事由とする他の公的年金等を受けていないこと</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 手当の額 | 月額16,100円      支給月    5月、8月、11月、2月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 必要書類 | <p>診断書（身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳で障がいの程度が確認できる場合は障害者手帳）</p> <p>本人名義の預金通帳      ※事前にご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

#### (5) 神奈川県心身障害者扶養共済制度

心身障がい者を扶養している方が、毎月一定の掛金を払い込み、扶養している方が死亡した場合又は著しい障がいを有する状態となったとき、その方が扶養していた心身障がい者に年金を支給するものです。

詳しくお知りになりたい方には、パンフレットをお渡しします。

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入資格 | <p>将来独立自活することが困難な精神障がい者、知的障がい者、身体障がい者（1級～3級）などの扶養者で、次の条件に該当する方</p> <p>①住所が県内（横浜市、川崎市、相模原市を除く）にあること</p> <p>②65歳未満であること（毎年4月1日における年齢）</p> <p>③特別の疾病や障がいがなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること</p> |
| 掛 金  | 加入時の年齢によって段階があります。（1口9,300円～23,300円）                                                                                                                                               |

|        |                                                                                                                                                                 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年金等の給付 | <p>加入者が死亡又は著しい障がいをもつた時は、扶養していた心身障がい者に年金が支給されます。</p> <p>1口加入・・・毎月2万円</p> <p>2口加入・・・毎月4万円</p> <p>なお、加入者の生存中に心身障がい者が死亡した場合は、加入者に対して加入期間に応じて1口5～25万円の弔慰金を支給します。</p> |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1)から(5)までのお問い合わせは、下記までお願いします。  
障がい福祉課 障がい福祉担当：電話 70-5623 FAX 70-5702

## 4 生活の援助等

### (1) タクシー運賃及び自動車燃料費の助成

障がい者がタクシーを利用する場合、その運賃の一部を助成します。

また、障がい者が自動車を運転する場合又はその家族が障がい者のために指定された自動車を運転する場合、その燃料費の一部を助成します。

※タクシー運賃の助成又は自動車燃料費の助成は、どちらか一方の申請となりますので、両方の申請はできません。

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | <p>①身体障害者手帳の次のいずれかに該当する方<br/> 下肢障害1級～3級<br/> （3級の場合は2種のものを除く）<br/> 体幹機能障害1級～3級<br/> 視覚障害1級～3級<br/> 内部障害（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害）1、2級</p> <p>②療育手帳A1、A2の方又は児童相談所若しくは更生相談所において知能指数35以下と判定された方</p> <p>③精神障害者保健福祉手帳1級、2級の方<br/> ※精神2級の方はタクシー運賃の助成のみ</p> |
| 助成要件 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・4月1日以前から引き続き申請日まで綾瀬市に住所があること</li> <li>・該当の障害者手帳を3月31日までに収得しており、かつ受け取る日まで継続して所持していること。</li> <li>・<u>自動車燃料費助成を受ける場合</u><br/> 障がい者又は同居の家族等の所有する自家用乗用車が、障がいを理由とした自動車税（種別割）又は軽自動車税（種別割）の減免を受けている必要があります。</li> </ul>       |

|      |                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用方法 | ①障がい福祉課で助成券の申請をしてください。<br><u>※該当される方には、市から前年度末に通知します。</u><br>②利用券を交付します。（4月1日以降）<br>③料金支払の際、助成券と差し引いた料金をお支払いください。<br>※お釣りはできません。 |
| 必要書類 | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳                                                                                                        |

## (2) 施設通所交通費の助成

障害者総合支援法に基づく社会福祉施設等に通所する障がい者に対して、交通費（公共交通機関・自動車燃料費・送迎サービス費等）を助成します。

施設通所の開始が決まりましたら、障がい福祉課で申請してください。

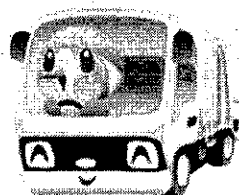
|      |                                               |
|------|-----------------------------------------------|
| 必要書類 | 本人名義の預金通帳、利用交通機関等の経路がわかるもの、送迎サービス利用の場合は領収書の写し |
|------|-----------------------------------------------|

## (3) ごみの戸別収集

近隣に親族等がないため、自分で収集場所までごみを出すことが困難な高齢者や障がい者に対し、玄関先でのごみ戸別収集を行います。

| 項 目   | 内 容                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 世帯員全員が次のいずれかに該当し、自分でごみを出すことができない方<br>① 身体障害者手帳1級、2級<br>② 療育手帳A1、A2<br>③ 精神障害者保健福祉手帳1級<br>④ 要支援認定、要介護認定を受けている65歳以上の方 |
| 備考    | 収集するものは、分別された可燃ごみ・資源物・プラスチックです。<br>粗大ごみは、この事業の対象ではありません。                                                            |

※④の方は、地域包括ケア推進課地域包括担当（77-1116）へ御相談ください。



#### (4) 個別避難計画の作成

災害に備えて、避難に支援が必要な避難行動要支援者の身体の情報や避難場所、配慮が必要な事項などを記載した計画を個別避難計画といいます。本人や家族、福祉専門職などの支援者と計画を作成し、災害時に避難支援をしていただく方・団体や日頃の見守りなどを行う地域の関係者・団体などへ提供し、避難支援を受ける側と行う側の双方が情報を共有することで、災害時の逃げ遅れの防止等や、緊急時の安否確認、日頃の見守り活動に活用します。

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | <p>①昼間独居の障がい者・75歳以上の高齢者</p> <p>②次に掲げる重度の障害があり、日常生活上でも支援が必要な方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳：1級、2級</li> <li>・療育手帳：A1、A2</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳：1級、2級</li> </ul> <p>※その他にも、75歳以上の一人暮らし高齢者、要介護3以上の認定を受け、日常生活でも支援が必要な方、その他支援を必要とする方は対象となります。</p> <p>※上記の要件に該当しても、避難に支援の必要のない場合や、施設や病院に入所・入院している場合は作成対象外となります。</p> |
| 手続方法 | <p>個別避難計画作成申請書（兼作成・情報提供同意書）に必要事項を記入し、市役所の各担当窓口に提出してください。</p> <p>障がい者の方→障がい福祉課 障がい福祉担当</p> <p>高齢者の方 →高齢介護課 介護保険担当</p> <p>※要介護認定（要介護3以上）を受けている方</p> <p>その他 →福祉総務課 総務担当</p> <p>ご本人や家族だけで作成するのが難しい場合は、障がい福祉課に相談してください。</p>                                                                                                            |

(1)から(4)までの生活の援助等に関して、問い合わせ先の記載のないものについては、下記までお問合せ願います。

障がい福祉課 障がい福祉担当：電話 70-5623 FAX 70-5702

## 5 医療費の助成

### (1) 自立支援医療（精神通院）制度

精神科で定期的に通院治療を受けている方の医療費の自己負担を軽減する制度で、申請により自己負担額が原則1割となります。ただし、同一保険世帯の所得に応じて減免措置があり、申請時の市民税額等により月額上限負担額が2,500円から2万円までの範囲で設定されます。

有効期間は1年間で、有効期限の3か月前から更新の申請が行えます。診断書の提出は2年に1度になり、受給者証に次回更新時の診断書の有無が記載されています。

#### 申請時の必要書類

|                   | 診断書<br>(用紙は障がい福祉課にあります)<br><br>※手帳と同時申請の場合は手帳用診断書 | 健康保険の資格が確認できるもの | 障害年金等が振り込まれている通帳か年金振込通知書<br>※市民税非課税の方で年金受給者のみ | 通院医療機関、薬局等の名称・住所が記載されているもの | 現在の受給者証         | マイナンバー |
|-------------------|---------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
| 新規申請              | ○                                                 | ○               | ○                                             | ○                          | -               | ○      |
| 更新・再承認            | ○                                                 | ○               | ○                                             | ○                          | ○               | ○      |
| 再発行               | -                                                 | -               | -                                             | -                          | ○<br>紛失の場合は不要   | ○      |
| 氏名・住所変更           | -                                                 | -               | -                                             | -                          | ○               | ○      |
| 医療機関・薬局の変更        | -                                                 | -               | -                                             | ○                          | ○               | ○      |
| 保険証変更             | -                                                 | ○               | ○                                             | -                          | ○               | ○      |
| 横浜・川崎・相模原・県外からの転入 | -                                                 | ○               | ○                                             | ○                          | ○<br>期限切れの場合は不要 | ○      |
| 返還                | -                                                 | -               | -                                             | -                          | ○               | ○      |

※申請から交付までは約3か月程度かかります。

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 問合せ先 | 障がい福祉課 障がい福祉担当 電話 70-5623 |
|------|---------------------------|

## (2) 重度障害者医療費助成

重度障がい者が医療機関で保険診療を受ける場合、保険対象の医療費の自己負担分について助成します。ただし、高額療養費、他の公費で助成される医療費、保険適用外の診療等（診断書作成料、差額ベッド代、入院時食事代等）については対象外となります。

※自立支援医療（精神通院）の対象になる方は、自立支援医療が優先制度となります。精神科へ受診の際は、必ず自立支援医療受給者証と重度障害者医療受給者証を併せてご提示ください。窓口での自己負担が生じた場合は、障がい福祉課で償還払いの手続きをしてください。

※重度障害者医療費助成については、厚木飛行場関連特定事業に関する  
特定防衛施設周辺整備調整交付金を一部充当しています。



防衛省（調整交付金事業）

| 項 目   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ①身体障害者手帳1級、2級を交付された方<br>②知能指数が35以下又は療育手帳A1、A2の方<br>③3級の身体障害者手帳の交付を受けている方で知能指数が50以下の方<br>④1級の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方<br>※なお、いずれの手帳についても65歳以降に初めて①～④の手帳の交付を受けた方は除きます。（平成23年7月1日から）                                                                                                                                                                                                                      |
| 助成要件  | ①綾瀬市の国民健康保険に加入している方<br>②市内に住所を有し、社会保険又は後期高齢者医療に加入している方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 助成方法  | 保険診療を受ける際、健康保険の資格が確認できるものと医療費受給者証を提示すれば無料で受診できますが、県域外で保険診療を受ける場合は、医療機関の窓口で自己負担分の支払いが必要となります。<br>その場合、医療費の領収書を添えて障がい福祉課に申請いただくことで、この制度の助成対象となる医療費の自己負担分を後日、指定の口座に振り込みます（償還払い）。受診から2年を超えた医療費は助成できませんので、ご注意ください。<br>※一部県内でも取扱いのない医療機関があります。<br>※市内小・中学校等で日本スポーツ振興センター災害共済給付制度に加入している場合、学校管理下でのケガ等につきましては、重度障害者医療制度が適用されません。医療機関を受診した際には、重度障害者医療費受給者証はご使用にならず、一時、自己負担金額をお支払ください。申請に基づき後日、同センターより給付されます。 |
| 必要書類  | 【申請時：2年毎に更新が必要です】<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、健康保険の資格が確認できるもの（マイナンバーカード等）<br>【償還払い時】医療機関発行の領収書、振込先確認のための預金通帳、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳、保険者の発行する療養費支給証明書等                                                                                                                                                                                                                                           |

|      |                                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考   | 市外に転出され、かつ年齢到達により綾瀬市の国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した方は、綾瀬市重度障害者医療費助成の対象外となるため転出先自治体にご相談ください。 |
| 問合せ先 | 障がい福祉課 障がい福祉担当 電話 70-5623 FAX 70-5702                                               |

### (3) 神奈川県入院医療援護金制度

精神保健福祉法に基づき1か月以上入院している精神障害者に、その医療費の一部（月額 10,000 円）が給付される制度です。

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象  | 次の条件をすべて満たしている方<br>1.神奈川県内（政令指定都市である横浜市、川崎市及び相模原市を除く）に本人（入院患者）の住所があること。<br>2.精神科病院もしくは一般病院の併設精神科病棟に現に入院していること。（退院してからの申請はできません）<br>3.入院患者及びその入院患者と同一の世帯に属する世帯員全員の前年分の所得税額を合算した額が87,000 円以下であること。<br>4.医療費の自己負担額が月額 10,000 円以上であること。<br>※市町村で障害者医療費助成制度等を利用して、医療費の自己負担がない方は対象になりません。 |
| 必要書類 | 1.精神障害者入院医療援護金交付申請書<br>2.世帯全員の住民票<br>3.15 歳以上の世帯全員分の所得税額を証明する書類                                                                                                                                                                                                                     |
| 送付先  | 〒231-8588 横浜市中区日本大通 1<br>神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課精神保健医療グループ                                                                                                                                                                                                                           |

## 6 障害者総合支援法に係る障害福祉サービス

サービスは、個々の障がいのある人々の障がいの程度や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住等の状況）をふまえ、個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」に大別されます。

「障害福祉サービス」は、介護の支援を受ける場合には「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は「訓練等給付」に位置付けられ、それぞれ、利用の際のプロセスが異なります。

サービスには期限のあるものと、期限のないものがありますが、期限のあるものであっても、必要に応じて支給決定の更新（延長）が可能となります。

入所施設のサービスを、昼のサービス（日中活動事業）と夜のサービス（居住支援事業）に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できます。

事業を利用する際には、利用者一人ひとりの個別支援計画が作成され、利用目的にかなったサービスが提供されます。

※ 詳細は別冊「障害福祉サービス利用の手引き」を参照してください。

### (1) 地域活動支援センター ファミール（地域生活支援事業）

就労が困難な精神障がいがある方を対象とした、生産活動（作業所）や社会参加の場です。企業からの受注作業や自主製品を生産し、作業内容に応じて通所者へ工賃が支払われます。

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| 場 所  | 綾瀬市深谷上1-13-5                         |
| 開設時間 | 月曜日～金曜日 9時15分～16時<br>*参加時間等は体調に応じて相談 |
| 連絡先  | TEL：0467-70-7282                     |

### (2) 地域活動支援センター トライアングル（地域生活支援事業）

精神障がいがある方を対象とした社会参加の練習の場です。調理実習や創作活動、スポーツなどのプログラム活動を通じ、定期通所により生活リズムやコミュニケーションの練習をする場です。また、専門スタッフが日常生活上の相談を聞く、フリースペースでの情報交換、仲間作りなど交流の場にもなっています。個々の目標に合わせた支援を行っています。利用は登録制になります。

※プログラム参加時の材料費等は自己負担になります。

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| 場 所  | 綾瀬市寺尾南3-26-16 橋ビル2階                  |
| 開設時間 | 月曜日・水曜日・木曜日 9時～17時<br>火曜日・土曜日 9時～19時 |
| 連絡先  | TEL：0467-39-5987                     |

## 7 スポーツ・講座等

### (1) 神奈川県障害者スポーツ大会

県主催により毎年、次の各種目によるスポーツ大会が実施されます。

詳しくは、広報あやせをご覧ください。

| 項 目  | 障がい種別                                                 | 種 目                                          |
|------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 内 容  | 身体障がい                                                 | アーチェリー、フライングディスク、陸上競技、卓球、サウンドテーブルテニス、水泳、ボッチャ |
|      | 知的障がい                                                 | ボウリング、フライングディスク、陸上競技、卓球、水泳                   |
|      | 精神障がい                                                 | 卓球                                           |
| 問合せ先 | (公財) 神奈川県身体障害者連合会<br>電話 045-311-8736 FAX 045-316-6860 |                                              |

### (2) 精神障がい者家族教室の開催

精神障がいある方の家族を対象に、よりよい対応の方法や疾患、服薬についての理解、各種福祉制度などについて、専門医や支援者による講演や学習会、家族同士の交流会が行われています。開催予定については、広報等をご覧ください。



## 8 税の控除・減免・割引等について

### (1) 国 税

| 項 目  | 内 容                                                                                        |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所得 税 | 本人か配偶者、扶養親族が障がい者の場合、所得から一定額が控除されます。勤務先の給与担当（年末調整時）又は確定申告で手続きを行ってください。                      |
| 相続 税 | 相続人が障がい者である場合、相続税額から一定の額が控除されます。                                                           |
| 贈与 税 | 障がい者の生活費などに充てるために、特別障害者を受益者として信託会社等と「特別障害者扶養信託契約」を締結した場合、信託受益権の価額のうち一定額まで贈与税の課税価格に算入されません。 |
| 問合せ先 | 大和税務署（電話）046-262-9411<br>FAX 03-3294-4300（東京国税局税務相談室）                                      |

### (2) 市県民税

|      |                                                                               |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 市県民税 | 本人か配偶者、扶養親族が障がい者の場合、所得から一定額が控除されます。勤務先の給与担当（年末調整時）、確定申告、又は市県民税申告で手続きを行ってください。 |
| 問合せ先 | 課税課 市民税担当      電話   70-5611                                                   |

(3) 自動車税（軽自動車税）環境性能割、自動車税（軽自動車税）種別割  
 身体障がい者本人が使用する自動車又は身体障がい児者若しくは知的障がい児者のために、その者と生計を一にする方が、もっぱら障がい者のために使用する自動車について減免されます。

| 項 目       | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象となる障害区分 | 視覚障害（1級～3級、4級の1）<br>聴覚障害（2級、3級）<br>平衡機能障害（3級、5級）<br>音声又は言語機能障害（3級）<br>上肢障害（1級、2級）<br>下肢障害（1級～7級）<br>体幹障害（1級～3級、5級）<br>脳原性【上肢障害】（1級、2級）<br>※ 一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く<br>運動機能【移動障害】（1級～7級）<br>心臓・じん臓・呼吸器機能障害（1級、3級、4級）<br>ぼうこう又は直腸機能障害（1級、3級、4級）<br>小腸機能障害（1級、3級、4級）<br>免疫機能障害・肝臓機能障害（1級～4級）<br>知的障害（IQ35以下、療育手帳A1、A2）<br>精神障害（1級）           |
| 必要書類      | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳、免許証、車検証<br>※住民票や戸籍謄本が必要な場合がありますので、詳しくは問い合わせください。                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 問合せ先      | <b>【自動車税（軽自動車税）環境性能割、自動車税種別割】</b><br>厚木県税事務所 電話 046-224-1111（代表）<br>※環境性能割については、普通自動車、軽自動車ともに、市役所で減免手続きはできません。県税窓口で手続きを行ってください。自動車取得日から30日を過ぎると申請できません。<br>※自動車税の減免手続きは、事前に電話予約が必要です。<br><br><b>【軽自動車税種別割】</b><br>課税課 市民税担当 電話 70-5611<br><u>＊軽自動車税種別割の減免手続き期間について</u><br>毎年5月に納税通知書が送付されますので、納税通知書を受領後、納期限（5月31日）までに課税課窓口で手続きを行ってください。 |

## 9 公共料金等の割引

### (1) 水道料金の減免

県営水道をご利用されている次の世帯は、水道料金が減免されます。

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象世帯 | ①身体障害者手帳1級、2級の交付を受けた方がいる世帯<br>②児童相談所又は知的障害者更生相談所で最重度（A1）、重度（A2）の知的障がい者の判定を受けた方がいる世帯<br>③精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けた方がいる世帯<br>④次の2つ以上に該当する方がいる世帯<br>・療育手帳B1、B2<br>・身体障害者手帳3級<br>・精神障害者保健福祉手帳2級 |
| 問合せ先 | 企業庁海老名水道営業所<br>所在地 海老名市上郷 717<br>電 話 046-234-4111 FAX 046-234-4110                                                                                                                     |

### (2) NHK放送受信料の減免

| 項 目   | 全額免除                                                   | 半額免除                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障がい者、知的障がい者又は精神障がい者がいる世帯で、全員が市民税非課税の場合               | 世帯主でかつ受信契約者の方が次のいずれかに該当する場合<br>①視覚障がい、聴覚障がい者（1級～6級）<br>②重度の身体障がい者（1級、2級）<br>③重度の知的障がい者（A1、A2相当）<br>④重度の精神障がい者（1級） |
| 手続方法  | 障がい福祉課で証明書を発行しますのでNHKに証明書を郵送してください。                    |                                                                                                                   |
| 必要書類  | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳印鑑                            |                                                                                                                   |
| 問合せ先  | NHK横浜放送局 経営管理企画センター<br>横浜市中区山下町 281<br>電話 045-212-2661 |                                                                                                                   |

### (3) 公共交通機関（バス、JR・私鉄、フェリー、航空運賃等）の割引

|      |                                                                                                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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交付された方<br>第1種の手帳の場合はその介護者                                                  |
| 問合せ先 | 手帳を提示することで運賃が割引になる場合や定期券が割引で購入できることがあります。割引率、対象者などは、利用される各機関で確認ください。また、券種・距離などによっては、割引にならない場合もあります。 |

#### (4) コミュニティバス運賃の割引

| 項 目   | 内 容                                                                                                 | 運行ルート                                                                                               | 割引額                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 身体障がい者<br>知的障がい者<br>精神障がい者<br>上記障がい者<br>の付添人                                                        | 1号車：市 ⇄ かしわ台駅<br>2号車：市 ⇄ 相模大塚駅<br>3号車：市 ⇄ 上土棚団地<br>4号車：市 ⇄ 長後駅西口<br>5号車：市 ⇄ 高座屋内温水プール<br>※「市」は市役所の略 | 大人 180 円<br>小児 90 円<br>↓ 割引後<br>大人 100 円<br>小児 50 円 |
| 利用方法  | 乗車時に障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳）を乗務員に提示してください。<br>ミライロ ID の提示でも同様の割引が受けられます。                    |                                                                                                     |                                                     |
| 問合せ先  | 都市整備課 まちづくり担当 電話 70-5629<br>相鉄バス(株)綾瀬営業所 電話 78-5681 (1・4・5号車)<br>神奈川中央交通(株)綾瀬営業所 電話 79-2180 (2・3号車) |                                                                                                     |                                                     |

#### (5) タクシー運賃の割引

| 項 目   | 内 容                                                                             | 割 引 率                      |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 対 象 者 | 身体障がい者<br>知的障がい者<br>精神障がい者                                                      | 1 割の運賃割引<br>(高速料金・駐車料金は除く) |
| 利用方法  | 乗車時に障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳）を乗務員に提示してください。                              |                            |
| 問合せ先  | 県内の各タクシー会社 又は<br>(社) 神奈川県タクシー協会 電話 045-241-3577<br>神奈川県個人タクシー協会 電話 045-401-8896 |                            |

#### (6) 携帯電話基本使用料等の割引

| 項 目   | 内 容                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------|
| 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を交付されている方                     |
| 問合せ先  | 詳しくは、各携帯電話会社の窓口でお問い合わせください。<br>会社によっては、割引制度がない場合もあります。 |

### (9) NTT 電話番号の無料案内「ふれあい案内」

無料で電話番号を案内する制度です。ご利用には事前の登録が必要です。

※手帳交付を受けているご本人が契約者名義またはご利用者として登録されている方で、お一人さま1回線のみ割引を適用できます。

※NTT 回線以外の固定電話、携帯電話の場合は、各利用できません。ご利用されている

固定電話、携帯電話会社にお問い合わせください。

| 項 目   | 内 容                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | ①視覚障がい1～6級、肢体不自由（体幹、上肢、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい）1、2級をお持ちの方<br>②聴覚障がい2～4級、6級をお持ちの方<br>③音声・言語・そしゃく機能障がい3～4級をお持ちの方<br>④療育手帳A1～B2をお持ちの方<br>⑤精神障害者保健福祉手帳1、2、3級 |
| 問合せ先  | フリーコール 0120-104174                                                                                                                                         |

### (10) 県営住宅家賃の減免

|       |                                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 次のいずれかに該当する方<br>①身体障害者手帳（1級～4級）所持者<br>②重度（療育手帳A1、A2）または中度（療育手帳B1程度）の知的障がい者<br>③精神障害者保健福祉手帳（1級、2級）所持者 |
| 減免割合  | 世帯の収入が一定額以下の場合は、等級によって基本家賃額が減額されます。                                                                  |
| 問合せ先  | 一般社団法人かながわ土地建物保全協会公営住宅課<br>電 話045-201-3932                                                           |

### (11) 文化施設等の入場料の割引等

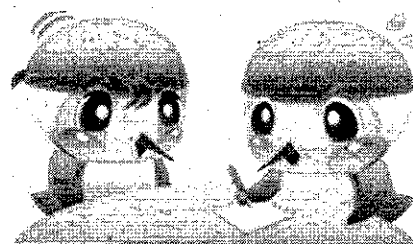
文化施設等は、身体障害者手帳又は療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を提示することにより、無料あるいは入場料金の減免を受けられます。

詳しくは、各文化施設等に問い合せてください。

## (12)文化会館・公民館・コミュニティセンターの利用料金の減免

文化会館の大・小ホール、中央公民館・各地区センター・コミュニティセンター（寺尾いずみ会館・南部ふれあい会館）の部屋等の専用利用は、半数以上が市内に在住する障害者又は障害児で構成された団体等が利用するとき、利用料金の5割が減免になります。

| 項 目  | 施 設 名                                                                                                                | 対 象                                                                      | 料 金  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|
| 内 容  | 文化会館の大・小ホール、中央公民館・各地区センター・コミュニティセンター（寺尾いずみ会館・南部ふれあい会館）の各部屋の団体利用<br><br>※施設の建替え等に伴い、休館している場合があります。詳しくは市ホームページをご覧ください。 | 半数以上が市内に在住する障害者又は障害児で構成された団体が利用するとき。                                     | 5割減額 |
|      | 中央公民館の市民展示ギャラリー（美術品等の展示）                                                                                             | ① 半数以上が市内に在住する障害者又は障害児（以下「障害者等」という。）で構成された団体が利用するとき。<br>② 障害者等が個人利用するとき。 | 5割減額 |
| 利用方法 | 利用には、あらかじめ登録が必要です。登録や予約の方法は利用施設か中央公民館にお問い合わせください。                                                                    |                                                                          |      |
| 問合せ先 | 中央公民館 電話 0467-77-8181 FAX 0467-79-0141                                                                               |                                                                          |      |



## 10 他課の制度等

### (1) 身近な相談等

| 項 目                  | 内 容                                                                                               | 問合せ先                                                     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 民生委員<br>・<br>児童委員    | 行政と市民とのパイプ役として高齢者や障がいのある方、児童、ひとり親家庭などから生活上の心配事などの相談に応じ、情報提供や行政による支援、適切な福祉サービスにつなげていきます。           | 福祉総務課<br>総務担当<br>電話 70-5613<br>FAX 70-5702               |
| 障害福祉<br>相談員          | 障がい者の更生援護などの相談、指導、助言を行い、地域福祉活動の推進を図ります。                                                           | 西川和朗（身体）<br>電 話 76-7026<br>大部さつき（知的）<br>電話 090-4092-7264 |
| あやせ<br>24 時間<br>健康相談 | 健康や医療に関することのほか、介護、育児、心の不調、ストレスなど、医師や保健師などの専門職が、24 時間体制で電話相談を受け付けます。<br>受付電話（フリーダイヤル） 0120-1192-61 | 医療健康課<br>医療予防担当<br>電話 55-8161                            |

### (2) 障害年金

障がいがあるために日常生活に支障をきたし、働いて収入を得ることが困難である場合に、一定の要件を満たせば障害年金を受け取ることができます。初診時に加入していた年金によって受けられる障害年金が決まります。（障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金）また、障がいの程度により障害年金1級・2級・3級（障害基礎年金は2級まで）があり、それぞれ受給できる年金額が違います。

| 項 目 | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 | <p>次の条件をすべて満たす方に支給されます。</p> <p>①年金加入中に初診日があること</p> <p>②初診日の月の前々月までの被保険者期間のうち、保険料を納めた期間（免除期間を含む）が被保険者期間の3分の2以上であること</p> <p>③障害認定日（原則として初診日から1年6か月の時点）に一定以上の障がいの状態にあること。ただし、20歳前に初診日のある障がいでは、上記①、②に該当しなくても、20歳以降に一定以上の障がいの状態にある方は対象となります。</p> <p>※②については、2026年4月1日前に初診日がある場合、その前々月までの1年間が保険料を納めた期間（免除期間含む）であればよいことになっています。（今後、変更となる場合があります。）</p> <p>※また、年金任意加入の時期を考慮した特別障害給付金制度もありますので、詳細は下記までお問合せください。</p> |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問合せ先 | <p>初診時に加入していた年金の種類によって、受けられる障害年金が異なりますので、各窓口まで問合せください。</p> <p>○国民年金（障害基礎年金）・厚生年金（障害厚生年金）<br/>厚木年金事務所 電話 046-223-7171 FAX 046-224-8200</p> <p>○共済年金の場合は各共済組合まで</p> <p>○国民年金（障害基礎年金）は市役所でも手続き可能<br/>保険年金課 保険年金担当（年金）<br/>電話 70-5618 FAX 70-5701 ※相談は予約制</p> |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### (3) 国民年金保険料の免除制度

所得が少ない、又は保険料の納付が困難な場合には、申請をすると、前年の所得に基づき日本年金機構で審査し、承認された場合は保険料の全額又は一部の納付が免除されます。

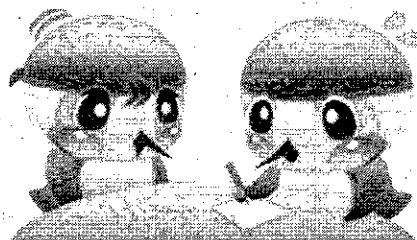
国民年金保険料申請免除の免除承認期間は、毎年7月から翌年6月までとなっています。

|      |                                                    |
|------|----------------------------------------------------|
| 問合せ先 | <p>保険年金課 保険年金担当（年金）<br/>電話 70-5618 FAX 70-5701</p> |
|------|----------------------------------------------------|

### (4) 後期高齢者医療制度の認定

75歳以上の方の医療制度ですが、65歳以上75歳未満で一定の障がいがある方も加入できる制度です。

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象   | <p>① 身体障害者手帳1級、2級、3級の方</p> <p>② 身体障害者手帳4級のうち次のいずれかに該当する方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下肢障害1号（両下肢のすべての指を欠くもの）</li> <li>・下肢障害3号（1下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの）</li> <li>・下肢障害4号（1下肢の機能の著しい障害）</li> <li>・音声機能または言語機能の著しい障害</li> </ul> <p>③ 療育手帳 A1、A2の方</p> <p>④ 精神障害者保健福祉手帳1級、2級の方</p> |
| 問合せ先 | <p>保険年金課 保険年金担当（保険）<br/>電話 70-5617 FAX 70-5701</p>                                                                                                                                                                                                                                       |





### (5) 特別児童扶養手当

| 項 目   | 内 容                                                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 精神、知的または身体障がいの状態（政令で定める程度以上）にある児童を監護している父若しくは母、又は父母に代わってその児童を養育している方                                                          |
| 支給要件  | ①児童が 20 歳未満であること<br>②児童が施設に入所していないこと<br>③請求者及び扶養義務者等の毎年の所得が基準以下であること<br>④児童が障がいを支給事由とする他の公的年金を受けていないこと                        |
| 手当の額  | 重度障害児の場合 児童 1 人につき 月額 56,800 円<br>中度障害児の場合 児童 1 人につき 月額 37,830 円                                                              |
| 支 給 月 | 4月、8月、11月                                                                                                                     |
| 必要書類  | 対象児童の障害程度についての医師の診断書(所定の様式)<br>（※療育手帳又は身体障害者手帳をお持ちの方で等級によって診断書を省略できる場合があるので詳しくはお問い合わせください）、戸籍謄本又は抄本<br>金融機関通帳（世帯状況により、住民票の写し） |
| 問合せ先  | 児童青少年支援課児童給付担当<br>電話 70-5664 FAX 70-5701                                                                                      |

### (6) 児童扶養手当

| 項 目   | 内 容                                                                                                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | 父又は母が、身体若しくは精神の著しい障害を有する状態になった場合等の児童を監護している、父若しくは母、又は父母に代わって児童を養育している方                                                                                         |
| 支給要件  | ①児童が 18 歳以下であること（障がいの程度により 20 歳未満）<br>②児童が施設に入所していないこと<br>③請求者及び扶養義務者等の毎年の所得が基準以下であること                                                                         |
| 手当の額  | 【全部支給の場合】<br>児童 1 人の場合 月額 46,690 円<br>児童 2 人以上の場合 手当月額に 11,030 円を加算<br>【一部支給の場合】<br>児童 1 人の場合 月額 46,680 円～11,010 円を加算<br>児童 2 人以上の場合 手当月額に 11,020 円～5,520 円を加算 |
| 支 給 月 | 5月、7月、9月、11月、1月、3月                                                                                                                                             |
| 必要書類  | 世帯の状況等により異なるため、詳しくはお問い合わせください。                                                                                                                                 |
| 問合せ先  | 児童青少年支援課児童給付担当<br>電話 70-5664 FAX 70-5701                                                                                                                       |

(7) 公営住宅申込時の優遇

| 項 目  | 内 容                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 優先入居 | 障がい者のいる世帯では、公営住宅の入居申し込みの際、当選率が優遇される場合があります。詳しくは、お問い合わせください。                                                                                                                         |
| 問合せ先 | <p>【市営住宅の場合】<br/>           建築課 施設整備担当<br/>           電話 70-5602 FAX 70-5703</p> <p>【県営住宅の場合】<br/>           一般社団法人かながわ土地建物保全協会<br/>           電話 045-201-3673 FAX 045-201-8405</p> |

(8) 選挙時におけるタクシーを利用した移動支援事業

| 項 目   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者 | <p>選挙人名簿に登録されている有権者のうち、次のいずれかに該当する方</p> <p>①身体障害者手帳の次のいずれかに該当する方<br/>           下肢障害 1 級～3 級<br/>           （3 級の場合は 2 種のものを除く）<br/>           体幹機能障害 1 級～3 級<br/>           視覚障害 1 級～3 級<br/>           内部障害（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害）1、2 級</p> <p>②療育手帳 A 1、A 2 の方又は児童相談所若しくは更生相談所において知能指数 35 以下と判定された方</p> <p>③精神障害者保健福祉手帳 1 級、2 級の方</p> <p>④要介護 1 から 5 の認定者</p> |
| 利用方法  | <p>①対象となる有権者へ、選挙管理委員会からタクシー利用券を郵送します。</p> <p>②利用希望者は、タクシー事業者に直接連絡し、「投票するためにタクシー利用券を使う」旨を伝えて予約を行ってください。</p> <p>③タクシー乗車時には、以下の 3 点を必ずご持参ください。<br/>           ・タクシー利用券<br/>           ・投票所入場整理券<br/>           ・身分証明書</p> <p>④自宅から投票所までタクシーで移動し、投票を済ませた後、同じタクシーで帰宅します。</p> <p>⑤自宅に到着後、タクシー乗務員にタクシー利用券をお渡しください。</p>                                                             |
| 問合せ先  | 市選挙管理委員会事務局 電話 70-5646 FAX 70-5701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 11 社会福祉協議会の制度等

### (1) 車いすの貸出

一時的に車いすが必要になった場合、無料で貸し出しをします。

|      |       |
|------|-------|
| 貸出期間 | 3か月以内 |
|------|-------|

### (2) 生活福祉資金の貸付

障がい者等の世帯が、積極的に生活の自立向上を図るために低金利での貸付相談をすることができます。場合によってはご希望に添えないこともあります。

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| 貸付金<br>の種類 | ①総合支援資金（生活支援費、住宅入居費、一時生活再建費） |
|            | ②教育支援資金（教育支援費、就学支援費）         |
|            | ③福祉資金（福祉用具購入費、障害者用自動車購入費等）   |

### (3) 住民参加型生活支援事業（会員相助型）

日常生活にお困りの方、手助けが必要な方に対し、住民の参加と協力により、子育て支援・家事サービス・介助サービスなどを提供します。

利用する際には、料金がかかります。

### (4) 住民参加型移動支援事業（会員相助型）

公共交通機関を利用することが困難な方に、市民の参加と協力のもと、自家用車で外出支援を行います。

利用する際には、料金がかかります。

### (5) 日常生活自立支援事業

認知症高齢者や知的障がい者、精神障がい者など判断能力が十分ではない人や身体に障がいのある方など、地域で自立し、安心して生活が送れるように、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理、預貯金通帳や各種証書等の重要書類を預かり保管するなどの支援を行います。

利用者本人と社会福祉協議会との契約によりサービスを提供するもので、利用する際には料金がかかります。所得により免除、減額される場合があります。

### (6) 法人後見事業

成年後見制度は認知症や知的障がい、精神障がいなどにより、判断能力が十分でない方の権利を守る制度です。家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等が、身の回りに配慮しながら財産の管理や福祉サービス等の契約を行い、ご本人の権利を守るとともに安心した生活が送れるよう支援をしていきます（制度の利用には家庭裁判所への申立が必要です）。

### ◎ 問合せ先

社会福祉協議会の制度等に関するお問い合わせは、下記までお願いします。

綾瀬市社会福祉協議会 電話 77-8166 FAX 79-1812

## 12 その他

### (1)福祉有償運送（車両による外出支援サービス）

#### <福祉有償運送とは>

障がい者や高齢者などで公共交通機関を利用して移動することが困難な方を対象に、通院、通所、レジャーなどを目的に有償（タクシーの 8 割程度の料金）で行う移動サービスです。市が発行するタクシー運賃助成券での利用も可能です。

| 項目   | 内容                                                                                                        |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | ①身体障害者手帳の交付を受けている方<br>②知的障害、精神障害、その他の障害（自閉症、発達障害等）がある方<br>③要介護・要支援の認定を受けている方                              |
| 問合せ先 | 市内ではNPO法人おでかけ綾瀬が福祉有償運送を実施しています。<br>NPO法人 おでかけ綾瀬<br>電話：080-7610-3367<br>e-mail：npoodekakeayase@yahoo.co.jp |

※利用の際は、入会登録が必要になります。

### (2) 障がいのある方とサポートする方のための防災ハンドブック

災害への備えや障がいの種類別に気をつけること等、当事者の方と支援する方に必要となる事項をできるだけわかりやすくまとめたものです。

市のホームページからダウンロードできるほか、障がい福祉課、障がい児者相談支援センターで配布しています。次のQRコードからダウンロードできます。



### (3) 駐車禁止除外指定車の許可

歩行が困難な方が現に使用中の車両について、駐車禁止除外指定車の指定を受けることで駐車禁止区域（法定禁止場所を除く）に必要最小限の範囲で駐車することができます。

|      |                                           |
|------|-------------------------------------------|
| 必要書類 | 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（1級）、住民票、各種手帳の写し |
| 問合せ先 | 大和警察署 電話 046-261-0110                     |

#### (4) かながわ障害者等用駐車区画利用証交付（パーキング・パーミット）

障がいのある方や難病患者の方など、歩行が困難な方や移動に配慮が必要な方のための駐車区画について、対象者に利用証を交付することで、区画の適正利用を推進する制度です。

対象となる障がいのある方や難病患者の方には障がい福祉課で利用証を交付いたします。

| 項番 | 区分     |           | 交付基準                   |          |
|----|--------|-----------|------------------------|----------|
| 1  | 身体障がい者 | 視覚障害      | 1級～4級                  |          |
| 2  |        | 聴覚障害      | 聴覚障害                   | 2級、3級    |
| 3  |        |           | 平衡機能障害                 | 3級、5級    |
| 4  |        | 肢体不自由     | 上肢                     | 1級、2級    |
| 5  |        |           | 下肢                     | 1級～6級    |
| 6  |        |           | 体幹                     | 1級～3級、5級 |
| 7  |        | 脳原性運動機能障害 | 上肢機能                   | 1級、2級    |
| 8  |        |           | 移動機能                   | 1級～6級    |
| 9  |        | 内部障害      | 心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸  | 1級、3級、4級 |
| 10 |        |           | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能・肝臓機能 | 1級～4級    |
| 11 | 知的障がい者 |           | 療育手帳の障害程度 A1、A2        |          |
| 12 | 精神障がい者 |           | 精神障害者保健福祉手帳 1級         |          |
| 13 | 難病患者   |           | 特定疾患医療受給者              |          |
|    |        |           | 特定医療費（指定難病）受給者         |          |
|    |        |           | 小児慢性特定疾患医療受給者          |          |

#### (5) ミライロID

障害者手帳の情報、福祉機器の仕様、求めるサポートの内容などを「ミライロID」に登録し、公共機関や商業施設等で「ミライロID」を提示することで、障害者割引や必要なサポートをスムーズに受けられるスマートフォン向けアプリです。

|      |                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 問合せ先 | 株式会社ミライロ<br>ホームページ <a href="https://mirairo-id.jp/">https://mirairo-id.jp/</a> |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|

(6) 障がい者団体への加入

市内には、障がいのある方や家族等の団体があります。

お問い合わせ、お申し込みにつきましては、次の名簿をご利用ください。

| 団 体 名            | 代表者名      | 電話番号          |
|------------------|-----------|---------------|
| 綾瀬市身体障害者福祉協会     | 西川 和朗     | 76-7026       |
| // 腎 友 部 会       | 高 崎 邦 雄   | 78-2800       |
| // 視 覚 部 会       | 佐 原 大 樹   | 76-6248       |
| // 車いす部会         | 金 子 寿     | 79-3325       |
| // 肢 体 部 会       | 西 山 和 夫   | 77-0954       |
| 綾瀬市聴覚障害者協会       | 高 橋 司     | FAX 77-2258   |
| 綾瀬市手をつなぐ育成会      | 大 部 さ つ き | 090-4092-7264 |
| 綾瀬市精神障害者家族会あがむの会 | 工 藤 松 子   | 76-3335       |

## 関係機関等一覧

| 名称・所在地                                                                                                           |                                                                                                                                      | 電話番号                                                                                                                                                                                             | FAX番号        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 綾瀬市役所<br>綾瀬市早川 550                                                                                               |                                                                                                                                      | (代) 0467-77-1111                                                                                                                                                                                 | 0467-70-5701 |
| 福祉総務課<br>障がい福祉課<br>高齢介護課<br>児童青少年支援課<br>こども家庭センター<br>医療健康課<br><br>保険年金課<br><br>課税課<br>都市整備課<br>建築課<br>選挙管理委員会事務局 | 総務担当<br>障がい福祉担当<br>介護保険担当<br>児童給付担当<br>こども家庭担当<br>医療予防担当<br>健康増進担当<br>保険年金担当(年金)<br>保険年金担当(保険)<br>市民税担当<br>まちづくり担当<br>施設整備担当<br>選挙担当 | (直通) 70-5613<br>(直通) 70-5623<br>(直通) 70-5636<br>(直通) 70-5664<br>(直通) 77-1133<br>(直通) 55-8161<br><br>(直通) 70-5618<br>(直通) 70-5617<br>(直通) 70-5611<br>(直通) 70-5629<br>(直通) 70-5602<br>(直通) 70-5646 | FAX 70-5702  |
| 綾瀬市社会福祉協議会<br>綾瀬市深谷中 4-7-10<br>(綾瀬市保健福祉プラザ内)                                                                     |                                                                                                                                      | 0467-77-8166                                                                                                                                                                                     | 0467-79-1812 |
| 綾瀬市立図書館<br>綾瀬市深谷中 1-3-1                                                                                          |                                                                                                                                      | 0467-77-8191                                                                                                                                                                                     | 0467-70-4105 |
| 大和綾瀬地域児童相談所<br>藤沢市亀井野 3119                                                                                       |                                                                                                                                      | 0466-81-8066                                                                                                                                                                                     | 0466-81-8067 |
| 神奈川県立総合療育相談センター<br>藤沢市亀井野 3119                                                                                   |                                                                                                                                      | 0466-84-5700                                                                                                                                                                                     | 0466-80-1901 |
| 厚木保健福祉事務所大和センター<br>大和市中心 1-5-26                                                                                  |                                                                                                                                      | 046-261-2948                                                                                                                                                                                     | 046-261-7129 |
| 厚木県税事務所(厚木合同庁舎内)<br>厚木市水引 2-3-1                                                                                  |                                                                                                                                      | 046-224-1111<br>(代表)                                                                                                                                                                             | 046-225-1785 |
| 海老名水道営業所<br>海老名市上郷 717                                                                                           |                                                                                                                                      | 046-234-4111                                                                                                                                                                                     | 046-234-4110 |
| 大和警察署<br>大和市中心 5-15-4                                                                                            |                                                                                                                                      | 046-261-0110                                                                                                                                                                                     | 同左           |
| ハローワーク大和<br>大和市深見西 3-3-21                                                                                        |                                                                                                                                      | 046-260-8609                                                                                                                                                                                     | 046-264-0966 |
| ジョブスポットあやせ<br>綾瀬市早川 550 (綾瀬市役所内)                                                                                 |                                                                                                                                      | 0467-76-0986                                                                                                                                                                                     | 0467-76-1085 |
| 大和税務署<br>大和市中心 5-14-22                                                                                           |                                                                                                                                      | 046-262-9411                                                                                                                                                                                     | 046-262-9411 |
| 厚木年金事務所<br>厚木市栄町 1-10-3                                                                                          |                                                                                                                                      | 046-223-7171                                                                                                                                                                                     | 046-224-8200 |
| 神奈川県発達障害支援センター<br>かながわA (エース)<br>足柄上郡中井町境 218<br>(県立中井やまゆり園内)                                                    |                                                                                                                                      | 0465-81-0288                                                                                                                                                                                     | 0465-81-3703 |

# 障害等級による障害福祉サービス、税額控除及び各種料金の割引等の該当表

○は該当、△は一部該当、詳細は「障がい福祉の概要」本文を参照してください。

|    | 制 度                      | 手帳の障がいの程度 |    |    | ページ |
|----|--------------------------|-----------|----|----|-----|
|    |                          | 1級        | 2級 | 3級 |     |
| 1  | 綾瀬市障害者愛護手当               | ○         | ○  |    | 3   |
| 2  | 神奈川県在宅重度障害者等手当           | △         |    |    | 4   |
| 3  | 特別障害者手当                  | △         |    |    | 5   |
| 4  | 障害児福祉手当                  | △         |    |    | 6   |
| 5  | 神奈川県心身障害者扶養共済制度          | △         | △  | △  | 6   |
| 6  | タクシー運賃及び自動車燃料費の助成        | ○         | ○  |    | 7   |
| 7  | 施設通所交通費の助成               | ○         | ○  | ○  | 8   |
| 8  | ごみの戸別収集                  | △         |    |    | 8   |
| 9  | 個別避難計画の作成                | △         | △  |    | 9   |
| 10 | 自立支援医療（精神通院）             | ○         | ○  | ○  | 10  |
| 11 | 重度障害者医療費の助成              | △         |    |    | 11  |
| 12 | 神奈川県入院医療援護金              | △         | △  | △  | 12  |
| 13 | 所得税、相続税の控除               | ○         | ○  | ○  | 14  |
| 14 | 贈与税の非課税                  | △         | △  | △  | 14  |
| 15 | 自動車税（軽自動車税）環境性能割、種別割     | ○         |    |    | 15  |
| 16 | 水道料金の減免                  | ○         | △  |    | 16  |
| 17 | NHK放送受信料の減免              | △         | △  | △  | 16  |
| 18 | 公共交通機関の割引                | △         | △  | △  | 16  |
| 19 | タクシー運賃の割引                | ○         | ○  | ○  | 17  |
| 20 | 携帯電話基本使用料等の割引            | △         | △  | △  | 17  |
| 21 | NTT電話番号の無料案内「ふれあい案内」     | ○         | ○  | ○  | 18  |
| 22 | 県営住宅家賃の減免                | ○         | ○  |    | 18  |
| 23 | 障害年金                     | △         | △  | △  | 20  |
| 24 | 後期高齢者医療制度の認定（65歳以上75歳未満） | △         | △  |    | 21  |
| 25 | 公営住宅申込時の優遇               | ○         | ○  | ○  | 23  |
| 26 | 選挙時におけるタクシーを利用した移動支援事業   | ○         | ○  |    | 23  |
| 27 | 生活福祉資金の貸付                | △         | △  | △  | 24  |
| 28 | 自家用有償旅客運送（福祉有償運送）        | ○         | ○  | ○  | 25  |
| 29 | 駐車禁止除外指定車の許可             | ○         |    |    | 25  |
| 30 | かながわ障害者等用駐車区画利用証交付       | ○         |    |    | 26  |



## 障がい者に関するマークについて

街で見かける障がい者に関するマークには、主に次のようなものがあります。  
皆さまの御理解と御協力をお願いいたします。

| マーク                                                                               | 概 要 等                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>【ヘルプマーク】</p> <p>※必要な方には、市の障がい福祉課で配布しています。</p> <p>義足や人工関節を使用している方、内部障がいのある方、難病の方、精神障がいの方など、援助や配慮を必要としていることが外見からは分からない方がいます。このマークを見掛けたら、電車内で席を譲る、困っているようであれば声を掛けるなどの配慮をお願いします。</p> |

---

発行日 令和 7 年 7 月 1 日

発行所 綾瀬市役所福祉部障がい福祉課

綾瀬市早川 5 5 0 番地 電話 0467-70-5623

FAX 0467-70-5702

---