

2. 手当・年金

特別障害者手当

精神又は身体に著しく重度の障がいを有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする特別障害者に対して、重度の障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障害者の福祉の向上を図ることを目的としています。

手 当

- 月 額 27,980円（令和5年4月～）
- 支給月 2・5・8・11月（申請月の翌月分から支給）

対 象 者

在宅の20歳以上で精神又は身体に著しく重度の障がいを有し、日常生活において常時特別な介護を必要とする方

※診断書に基づき審査を行うため、障がい者手帳をお持ちでない要介護4・5の方などでも対象になることがあります。

支給制限

以下の方は受給できません

- 施設等に入所している ●病院または診療所に継続して3ヵ月以上入院している方
- 本人または民法上の扶養義務者の所得が基準額を超えている方

必要書類

- 請求書 ●診断書（指定の様式） ●本人名義の通帳 ●所得状況届
- 障がい者手帳所持者は手帳 ●年金受給者は年金証書
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照） ●身元を確認できる書類（巻末資料参照）

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所

障害児福祉手当 -20歳未満の方に障がいがあるとき-

重度の障がい児に対して、その障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障害児の福祉の向上を図ることを目的としています。

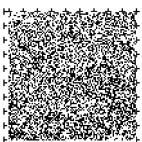
手 当

- 月 額 15,220円（令和5年4月～）
- 支給月 2・5・8・11月（申請月の翌月分から支給）

対 象 者

20歳未満で下記に該当する方

- 概ね身体障害者手帳1級・2級の方 ●概ね療育手帳Aの方
- 精神障害・内部障害であり、上記2つと同程度と認められる方



支給制限

以下の方は受給できません

- 施設等に入所している方
- 病院または診療所に継続して3ヵ月以上入院している方
- 本人または民法上の扶養義務者の所得が基準額を超えている方

必要書類

- 請求書
- 診断書（指定の様式）
- 児童（本人）名義の通帳
- 所得状況届
- 障がい者手帳所持者は手帳
- 年金受給者は年金証書
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）
- 身元を確認できる書類（巻末資料参照）

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

福島市重度心身障害児童扶養手当 -20歳未満の方に障がいがあるとき-

知的又は身体に障がいをもつ児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図ることを目的としています。

手 当

- 月 額 12,000円（令和5年4月～）
- 支給月 11月 ※11月1日までに申請が必要。

対 象 者

20歳未満で以下に該当する方

- 身体障害者手帳1級・2級の方
- 療育手帳Aの方

支給制限

以下の方は受給できません

- 児童が施設等に入所している
- 福島市に住所を有していない

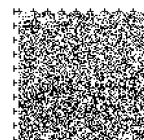
必要書類

- 申請書
- 医師の証明書（指定の様式）
- 保護者名義の通帳
- 身体障害者手帳又は療育手帳

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所



特別児童扶養手当 -20歳未満の方に障がいがあるとき-

精神又は身体に障がいを有する児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図ることを目的にしています。

手 当

- 児童1人につき 1級 月額53,700円
2級 月額35,760円 ※令和5年4月から。
- 支給月 4・8・11月 (申請月の翌月分から支給)

対 象 者

20歳未満の下記に該当する方を監護している方

- 療育手帳A・B(一部)の方
- 概ね身体障害者手帳1級・2級・3級(一部)の方
- 精神に障がいのある一部の方

支給制限

以下の方は受給できません

- 一定以上の所得がある ●児童が施設に入所している
- 児童が障がいを理由とする年金を受けている

必要書類

- 請求書 ●世帯全員の住民票の写し ●診断書(指定の様式) ●戸籍全部事項証明書(謄本)
- 身体障害者手帳又は療育手帳(所持者のみ) ●保護者(請求者)名義の通帳
- 振込先口座申出書 ●マイナンバーを確認できる書類(巻末資料参照)
- 身元を確認できる書類(巻末資料参照)

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所

在宅介護慰労手当

介護を必要とする方を在宅で介護している家族が、一定条件を満たした場合に支給される手当です。

手 当

年額 60,000円

対 象 者

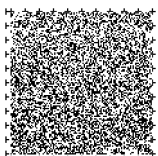
在宅で寝たきりの方を6ヵ月以上常時介護し、寝たきりの方と生計が同じ介護者。

- 支給を希望する年の8月1日現在、福島市に住所を有し、かつ本市に6ヵ月以上住所を有する方
- 寝たきりまたは重度認知症のかた(要介護者)と生計が同じ
- 前年の8月1日から支給を希望する年の7月31日までの間に6ヵ月以上在宅で介護している方

支給制限

1ヵ月のうち16日以上下記に該当した月は、「在宅」とはなりません

- 医療機関に入院 ●施設に入所 ●指定のサービスを利用



必要書類

【介護慰労手当受給資格登録】

- 届出書 ●証明書（指定の様式） ●本人名義の通帳

【現況届】

- 届出書

窓 口

【65歳以上の方】

お問合せ…長寿福祉課 長寿福祉係 電話 525-7656 FAX 526-3678

申請窓口…長寿福祉課 長寿福祉係・各支所

【20歳以上65歳未満の方】

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

傷病補償年金・傷病年金（労働者災害補償保険）

対 象 者

業務上の事由または通勤により負傷し、または疾病にかかった労働者が、療養開始後1年6ヶ月を経過した日において、次のいずれにも該当することになったときに支給されます。

1. その負傷または疾病が治っていない
2. その負傷または疾病による障がいの程度が傷病等級に該当する

窓 口

お問合せ…福島労働基準監督署 労災課 電話 536-4613 FAX 536-4614

申請窓口…福島労働基準監督署 労災課

傷病補償給付・障害給付（労働者災害補償保険）

対 象 者

業務上の事由または通勤による傷病が治ったときに、身体に一定の障がいが残った場合に支給されます。

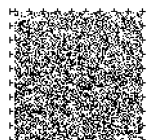
年 金 額

- 障害補償給付 障害補償年金（障害等級1～7級）
- 障害補償一時金（障害等級8級～14級）
- 障害給付 障害年金（障害等級1～7級）
- 障害一時金（障害等級8級～14級）

窓 口

お問合せ…福島労働基準監督署 労災課 電話 536-4613 FAX 536-4614

申請窓口…福島労働基準監督署 労災課



障害基礎年金

国民年金加入中に初診日がある病気やケガで一定の障がい状態になった場合、受給要件を満たしていれば障害基礎年金が受けられます。また、20歳前の病気やケガで障がい状態になった場合でも、20歳以降障害基礎年金を受給できます（所得制限有）。

対象者

以下にすべて該当した場合受給できます。

- 病気やケガの初診日において国民年金に加入していること（もしくは60歳以上65歳未満で日本国内に住所を有していること、または初診日が20歳前にあること）
 - 初診日から1年6ヵ月を経過した日（その期間内に症状が固定した場合はその日、ともに「障害認定日」という）に国民年金法施行令で定める1級または2級の障がいの状態にあること
 - 初診日の属する月の前々月において、保険料の納付要件を満たしていること
- ※65歳以降に初診日がある病気やケガでの障がいは該当しません。詳しくはお問合せください。

年金額

【1級】	67歳以下の方（昭和31年4月2日以後生まれ）	年額	993,750円
	68歳以上の方（昭和31年4月1日以前生まれ）	年額	990,750円
【2級】	67歳以下の方（昭和31年4月2日以後生まれ）	年額	795,000円
	68歳以上の方（昭和31年4月1日以前生まれ）	年額	792,600円

子の加算額

- 2人まで…1人につき228,700円
- 3人目以降…1人につき76,200円

子の加算額は、その方に生計を維持されている子がいるときに加算されます。

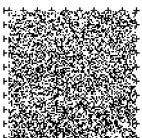
なお、子とは18歳になった後の最初の3月31日までの子、または、20歳未満で障害等級1級または2級の状態にある子です。

窓口

お問合せ…国保年金課 国民年金係 電話 525-3738 FAX 528-2478

東北福島年金事務所 電話 535-0141（音声案内）

申請窓口…国保年金課・東北福島年金事務所



障害厚生年金・障害手当金（厚生年金）

厚生年金加入中に初診日がある病気やケガで一定の障がい状態になった場合、受給要件を満たしていれば障害厚生年金が受けられます。障害厚生年金の障がい程度は1級、2級、3級まであり、それよりも軽い障がいには障害手当金が支給されます。障害厚生年金の1級または2級の障がいに認定された場合は、障害基礎年金に上乗せして支給されます。

対象者

以下にすべて該当した場合受給できます。

1. 病気やケガの初診日において厚生年金に加入していること
2. 初診日から1年6ヶ月を経過した日（その期間内に症状が固定した場合はその日、ともに「障害認定日」という）に国民年金法施行令及び厚生年金保険法施行令で定める程度の障がいの状態にあること
3. 初診日の属する月の前々月において、保険料の納付要件を満たしていること

窓口

お問合せ…東北福島年金事務所 電話 535-0141（音声案内）

申請窓口…東北福島年金事務所

特別障害給付金

国民年金制度の発展過程において生じた特別な事情により、障害基礎年金等を受給していない障がいのある方を対象とした福祉的措置として、特別障害給付金制度があります。

対象者

- 平成3年3月以前の国民年金任意加入対象であった学生で、期間内に初診日があり、現在、障害基礎年金の1級または2級相当の障がいの状態にある方
- 昭和61年3月以前に国民年金任意加入対象であった被用者（厚生年金、共済年金等の加入者）の配偶者等であって国民年金に任意加入していなかった期間内に初診日があり、現在、障害基礎年金の1級または2級相当の障がいの状態にある方

年金額

【1級】 月額 53,650円

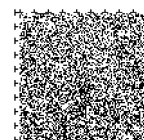
【2級】 月額 42,920円

窓口

お問合せ…国保年金課 国民年金係 電話 525-3738 FAX 528-2478

東北福島年金事務所 電話 535-0141（音声案内）

申請窓口…国保年金課・東北福島年金事務所



福島県心身障害者扶養共済制度

障がいのある方を扶養している保護者が、毎月一定の金額を納めることにより、保護者に万一のこと（死亡・重度障がい）があった場合、障がいのある方に年金が支給されます。

掛金・支給額・支給月

- 月額掛金 1口 9,300円～23,300円（加入時の年齢により異なります）
- 年金支給額 1口加入の方 月額 20,000円
2口加入の方 月額 40,000円
- 支給月 3・7・11月

対象者

【保護者】

- 福島市に住所がある方 ●65歳未満の方 ●特別な疾病や障がいがない方

【障がいのある方】

- 身体障害者手帳1級・2級・3級の方 ●療育手帳A・Bの方
- 精神又は身体に永続的な障がいのある方で、上記2つと同程度と認められる方

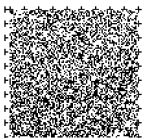
必要書類

- 加入等申込書 ●手帳 ●住民票の写し ●告知書
- 前年の所得課税証明書 ●保護決定通知書の写し（生活保護世帯）
- 年金管理者指定届（年金管理者を指定する場合）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課



3. 医療制度

自立支援医療（精神通院医療、更生医療、育成医療の自己負担上限月額）

自立支援医療制度は、精神通院医療、更生医療、育成医療があり、心身の障がい除去・軽減するための医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。医療費の自己負担割合が3割から1割に軽減されます。

自己負担

「世帯」の所得や疾病等に応じて、自己負担上限月額があります。

市民税の課税額が前年度と大きく変わった場合や、加入医療保険変更の場合は、自己負担上限額が変わる場合があります。

<自己負担上限額>

	世帯の所得区分	自己負担上限額（月額）	
		一般	重度かつ継続
生活保護	生活保護世帯	0円	0円
低所得1	市民税非課税世帯で受給者の収入が80万円以下	2,500円	2,500円
低所得2	市民税非課税世帯で受給者の収入が80万円超	5,000円	5,000円
中間1	市民税所得割が3万3千円未満	医療保険の自己負担上限額	
中間2	市民税所得割が23万5千円未満		10,000円
一定所得以上	市民税所得割が23万5千円以上	自立支援医療の対象外	20,000円 経過措置 (令和6年3月31日まで)

※「世帯」は、受給者と同じ医療保険に加入している全員が対象です

※重度かつ継続の対象者…統合失調症や躁うつ病などの方

心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、じん臓機能障害、
肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、小腸機能障害、
免疫機能障害に該当する方、医療保険の高額療養費で多数該当する方

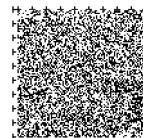
※育成医療における経過措置（令和6年3月31日まで）

	世帯の所得区分	自己負担上限額（月額）	
		一般	経過措置
中間1	市民税所得割が3万3千円未満	医療保険の自己負担上限額	5,000円
中間2	市民税所得割が23万5千円未満		10,000円

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所



精神通院医療（自立支援医療）

精神通院医療は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒、その他の精神疾患（てんかんを含む。）を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療に係る自立支援医療費の支給を行うものです。

自己負担

医療機関窓口での自己負担割合 原則1割

対象者

精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する方

医療内容

精神障がい及び当該精神障がいに起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療（通院医療）です。症状が殆ど消失している患者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためになお通院治療を続ける必要がある場合も対象となります。

必要書類

【精神通院医療のみ申請する場合】

- 申請書 ●医師の意見書（指定の様式）
- 同意書 ●健康保険証
- 身体障害者手帳 ●特定疾病療養受療証（所持者のみ）
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）
- 身元を確認できる書類（巻末資料参照）

【精神障害者保健福祉手帳と同時申請する場合】

- 申請書（手帳用・医療費申請用） ●診断書（手帳用）
- 同意書 ●健康保険証
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）
- 身元を確認できる書類（巻末資料参照）

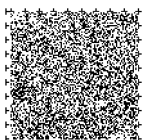
留意点

- 通院開始前に申請が必要となります
- 受給者証の有効期間は1年で、有効期限の3ヵ月前から再認定の手続きができます
- 院外薬局の方、デイケア利用の方、訪問看護を受ける方は医療機関と同様に、記入が必要です

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所



更生医療（自立支援医療）（18歳以上）

身体に障がいのある方の障がいを軽減・除去し、日常生活能力や職業能力の回復向上を図るため、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度で、指定自立支援医療機関によりおこなわれます。

自己負担

医療機関窓口での自己負担割合 原則1割

対象者

身体障害者手帳を所持している18歳以上の方で、手術などにより、障がいが改善又は機能の維持が保たれる見込みがある方。

医療内容

- ペースメーカー植込み術 ●人工弁置換術 ●人工関節置換術 ●じん移植術
- 人工透析 ●水晶体摘出術 など

必要書類

治療開始前に申請が必要となります

- 申請書 医師の意見書（指定の様式） ●同意書 ●健康保険証 ●身体障害者手帳
- 特定疾病療養受療証（所持者のみ） ●身元を確認できる書類（巻末資料参照）
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所

育成医療（自立支援医療）（18歳未満）

18歳未満のお子さんで、身体に障がいがあり、現在の状態をそのままにすると将来的に身体に障がいを残すと認められる場合で、手術などの外科的な治療により、確実な効果が期待できる際に必要な医療費の一部を公費負担する制度です。

自己負担

医療機関窓口での自己負担割合 原則1割

対象者

18歳未満の児童で、疾患等により将来において障がいを残すおそれがあり、確実に治療効果を期待できる方

医療内容

- ペースメーカー植込み術 ●人工弁置換術 ●人工関節置換術 ●じん移植術
- 人工透析 ●水晶体摘出術 など

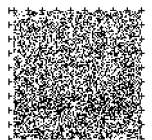
必要書類

治療開始前に申請が必要となります

- 申請書 ●医師の意見書（指定の様式） ●同意書 ●健康保険証 ●障がい者手帳所持は手帳
- 特定疾病療養受療証（所持者のみ） ●身元を確認できる書類（巻末資料参照）
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所



指定難病医療費助成制度

病院、薬局、訪問看護ステーションで提示すると、医療費の窓口負担が3割の方は2割に軽減（2割・1割の方はそのまま）され、併せて受給者証に記載された自己負担上限月額が限度額になります。なお、外来・入院の区別はありません。

自己負担

受給者証に記載された自己負担上限額となります。（これを超えた治療費等は公費で負担し、自己負担がありません。）

対象者

「難病の患者に対する医療費等に関する法律」の指定難病に罹患している方。

※指定難病の一覧は巻末資料（P95～P98）をご参照ください。

窓口

お問合せ…保健所保健予防課 難病支援係 電話 573-4384 FAX 525-5701

申請窓口…保健所保健予防課

特定疾病療養受療証

医療機関等の窓口で保険証と一緒に提示することで、特定疾病の医療費等の窓口支払い（自己負担限度額）が、1つの医療機関につき月額1万円までとなります。

自己負担

患者の一部負担金限度額が医療機関ごとに月額1万円もしくは2万円（同一病院の場合、入院・外来別）となり、それを越える治療費は保険者から直接医療機関に支払われます。

対象者

厚生労働大臣の定める以下3つの疾病に該当する方

- 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）
- 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染をふくみ、血液凝固因子製剤の投与に関する医療を受けている者に限る。）

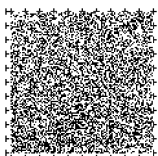
窓口

【国民健康保険加入者】 お問合せ…国保年金課 総務給付係 電話 525-3773 FAX 528-2478
申請窓口…国保年金課・各支所

【後期高齢者医療保険加入者】 お問合せ…国保年金課 後期高齢者医療係 電話 525-3724 FAX 528-2478
申請窓口…国保年金課・各支所

【社会保険加入者】 お問合せ…全国健康保険協会 福島支部 電話 523-3917
申請窓口…全国健康保険協会 福島支部

※それ以外の社会保険・共済組合等の方は勤務先または健保組合・共済組合等に問合せ願います。



小児慢性特定疾病医療費助成

長期にわたり療養を必要とするお子さんの健全な育成を図るため、病気の治療方法に関する研究や医療費の一部を公費負担し、お子さんや保護者の負担を軽減する制度です。

自己負担

医療費の一部が公費負担として助成されます。

対象者

国が指定する対象疾病及びその状態の程度に該当する18歳未満の児童等

※ただし、18歳到達以前からすでに本助成の対象であり、かつ18歳到達後も引き続き治療が必要であると認められる場合には20歳到達まで対象となります。

窓口

お問合せ…こども家庭課 母子保健係 電話 525-7671 FAX 572-3417

申請窓口…こども家庭課

重度心身障がい者医療費助成制度

心身に重度の障がいのある方が病気やケガで医師の治療を受けたときなどに、保険診療による一部負担金を助成する制度です。

対象者

- 身体障害者手帳1級・2級・3級（内部障害）の方
- 療育手帳A又はBかつ身体障害者手帳所持の方
- 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級・3級かつ身体障害者手帳もしくは療育手帳所持の方

必要書類

- 申請書
- 手帳
- 認印
- 本人名義の通帳
- 健康保険証
- マイナンバーを確認できる書類（巻末資料参照）
- 身元を確認できる書類（巻末資料参照）

助成方法

加入している健康保険や医療機関によって異なり、2通りあります

1. いったん支払った後、申請書に医療機関の証明を受け、市に助成請求をする方法
2. 支払いをせず、直接、医療機関から市に請求が行われる方法

助成開始時期

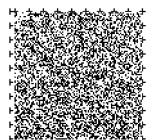
登録申請手続きをした日の翌月の1日から助成を受けることができます。

※月の初日（初日が休日の場合はその直後の平日）に手続きをした場合、当月の1日から助成を受けることができます。

窓口

お問合せ…共生社会推進課 医療助成係 電話 525-3747 FAX 525-7970

申請窓口…共生社会推進課・各支所



後期高齢者医療制度

75歳以上の方及び一定の障がいがある65歳以上74歳以下の方のうち、認定を受けた方が制度の被保険者となります。

自己負担

医療機関窓口での自己負担割合 1割 ※一定の所得がある方は2割又は3割。

対象者

【75歳以上の方】

全 員

【65歳～74歳の方】

●身体障害者手帳1～3級又は4級（一部） ●精神障害者保健福祉手帳1・2級

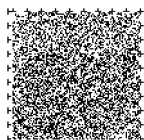
●療育手帳A ●障害年金の等級が1・2級

※生活保護を受給している場合は対象になりません。

窓 口

お問合せ…国保年金課 後期高齢者医療係 電話 525-3724 FAX 528-2478

申請窓口…国保年金課・各支所



4. 助成制度

人工透析患者通院交通費助成

じん臓機能に障がいがある方が、定期的に血液透析療法を受けるため、病院や医院などへ通院する際の必要な交通費について助成する制度です。事前に登録手続きが必要となります。

助 成

- 交通費の月額から4,000円を差し引いた額…限度額26,000円
- 支給月 4・7・10・1月

対 象 者

血液透析療法のために医療機関へ定期的に通院する方
※身体障害者手帳を所持していなくても申請できます。

助成制限

次のいずれかに該当する方は受給できません

- 一定以上の所得がある
- 通院距離（最短距離）が片道1.5km未満である
- 生活保護を受給している

必要書類

- 申請書
- 本人名義の通帳
- 通院証明書（指定の様式）
- 同意書
- 申立書

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所

障がい者通所交通費助成

障がい福祉サービスを実施する事業所（地域活動支援センターを含む）に公共交通機関や事業所が運行する有料送迎を利用し通所している障がいのある方を対象に、交通費の一部を助成します。

助 成 額

通所交通費の月額の1/2

- 公共交通機関（鉄道、路線バス等）の場合…月額上限 5,000円
 - 通所施設が運行する有料送迎サービスの場合…月額上限 3,000円
- ※公共交通機関と有料送迎サービスを合算しての助成は受けられません。

請求月 4・7・10・1月の10日まで ※10が休日の場合は翌開庁日に繰り下げ。

支給日 請求月の翌月の10日までに支給します。

対 象 者

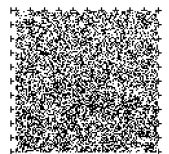
- 福島市に住民票があり、かつ市内に居住している方
- 障がい福祉サービス事業所（生活介護事業、就労継続支援事業）または地域活動支援センターに通所している方
- 公共交通機関（鉄道、路線バス）または通所施設が運行する有料送迎サービスを使用している方

必要書類

- 申請書
- 本人または本人の保護者の通帳

窓 口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263
申請窓口…障がい福祉課・各支所



福祉タクシー券

心身に重度の障がいのある方の社会参加を促進するため、タクシー料金の一部を助成します。毎年、4月1日から3月31日までの期間での利用となります。

交付額

年額 15,000円 1枚500円の利用券を30枚交付（再交付不可）。

対象者

- 下肢・体幹・移動機能障害のいずれかを含み総合等級1・2級の方
- 視覚・心臓・呼吸器機能障害のいずれかを含み総合等級1級の方
- 療育手帳Aの方

必要書類

- 申請書
- 身体障害者手帳または療育手帳

利用方法

- 普通タクシーの場合→1回につき4枚まで利用できます。
- 特殊タクシーの場合→1回につき6枚まで利用できます。

※タクシー利用額以上の利用券は利用できません。

例：タクシー利用額1,200円→利用券2枚（1,000円分）まで利用可能

※介護保険等での乗降介助等の福祉サービスでは利用できません。

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

更生訓練費給付

障がい福祉サービス（就労移行支援事業、自立訓練事業）を利用している方に、訓練を受けるために必要な文房具、参考書等の消耗品費等や通所する際に必要となる交通費を支給します。

支給額

1. 訓練のための経費

- 訓練従事日15日以上 月額 3,150円（限度額）
- 訓練従事日15日未満 月額 1,600円（限度額）

2. 通所のための経費

- 日額 280円（限度額）に通所日数を掛けた金額又は実際に通所に要した経費の少ない金額
- 請求月 4・7・10・1月 ※10が休日の場合は翌開庁日に繰り下げ。
- 支給日 請求月の翌月末までに支給します

対象者

就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している方で、利用者負担額の生じない方

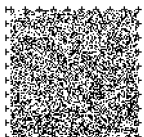
必要書類

- 申請書

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所



在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成

在宅酸素療法を必要としている方に、酸素濃縮器の使用に係る電気料金の一部を助成します。

助成額

- 月額 2,000円
- 支給月 4・7・10・1月 ※支給決定月分から支給されます。

対象者

呼吸器機能傷害または心臓機能障害の程度が個別等級4級以上の身体障害者手帳を所持し、在宅で酸素濃縮器を利用している方

必要書類

- 申請書 ●身体障害者手帳 ●本人名義通帳 ●酸素濃縮器使用証明書（指定様式）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

治療材料給付券（紙おむつ券）の交付

重度の認知症の方又は寝たきり状態若しくは重度の下肢・体幹機能障害のある方で排泄障害等をお持ちの方に対し、在宅療養中の紙おむつ等の給付券を交付します。

交付額

1. 月額 4,000円
2. 支給月 申請月の翌月分から給付券を交付します。

対象者

在宅で下記のア・イ・ウのいずれかに該当する方

ア 重度の認知症（ランクⅣ又はM）の方

イ 下記3つすべてを満たす方

寝たきり状態である	・知覚障害 ・直腸障害 ・運動機能障害 いずれかに該当する	・褥瘡 ・尿路感染症 ・膀胱炎 ・排泄障害 いずれかに該当する
-----------	--	---

ウ 下記3つすべてを満たす方

下肢・体幹機能障害 個別等級1・2級である	・知覚障害 ・直腸障害 ・運動機能障害 いずれかに該当する	・褥瘡 ・尿路感染症 ・膀胱炎 ・排泄障害 いずれかに該当する
--------------------------	--	---

※グループホームや有料老人ホーム等在宅とみなす施設があるので、詳細お問い合わせください。

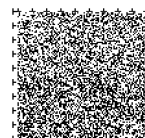
必要書類

- 申請書 ●医師の証明書（指定の様式）※新規の場合のみ
- 身体障害者手帳（ウの方のみ）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所



衛生器材給付

在宅で、一時的に人工ぼうこう及び人工肛門を造設している方に対し、ストマ用装具の給付券の交付をしています。

交付額

1. 月額 5,000円
2. 支給月 申請月の翌月分から給付券を交付します。

対象者

在宅で下記すべてに該当する方

- 一時的な造設のため、身体障害者手帳を取得できない方
- 人工ぼうこう 又は 人工肛門 の造設見込みが3ヵ月以上の方

※身体障害者手帳を取得した方は、日常生活用具でのストマ用装具の申請となり、重複申請できません。

※グループホームや有料老人ホームなど在宅とみなす施設があるので、詳細についてはお問い合わせください。

必要書類

- 申請書
- 医師の証明書（指定の様式）※新規の場合のみ
- 身体障害者手帳

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

小児慢性特定疾病児童世帯交通費助成

令和3年4月1日より、小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている児童が専門的な治療や検査のため、県外医療機関を受診する際の交通費の一部助成を行っています。

助成額

受診する医療機関の属する地域や対象の方の年齢によって助成上限額を設定しています。

助成回数は年3回までです。詳しくはお問い合わせください。

対象者

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている方で、指定県外医療機関の受診の認定を受けている方

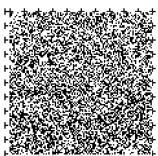
必要書類

- 指定県外医療機関受診のために公共交通機関を利用した際の領収書（自家用車利用の場合は不要）
- 受診日等が確認できる自己負担額上限管理表（受給者証）または指定県外医療機関を受診した際の領収書の写し
- 口座振込のための通帳等の写し（申請者のもの）
- 身元を確認できる書類（巻末資料参照）

窓口

お問合せ…こども家庭課 母子保健係 電話 525-7671 FAX 572-3417

申請窓口…こども家庭課



自動車操作訓練費・改造費助成金

1. 自動車操作訓練費助成金

下肢、体幹、聴覚障害のある方に対して、自動車学校入学経費等の一部を助成します。

助成額

要した費用の3分の2を上限額とし、1人あたり100,000円を限度

対象者

次の方で、就労等社会復帰のために免許を取得しようとする場合

●下肢障害のある方で、身体障害者手帳のその個別等級が1～4級

※体幹障害により歩行困難も含む。

●聴覚障害のある方で、身体障害者手帳のその個別等級が1～4級

必要書類

●申請書（指定様式） ●自動車運転免許取得計画書（指定様式）

2. 自動車改造費助成金

身体に重度の障がいのある方が就労等の目的で自己所有の自動車を運転するのに改造が必要となる場合、1車両1回限り、その経費の一部を助成します。

助成額

100,000円

対象者

次の要件のいずれにも該当する方

●上肢、下肢又は体幹機能障害のある方で、身体障害者手帳の個別等級が1～2級

●就労等に伴い本人が所有し、自ら運転する自動車の操向装置及び駆動装置等一部を改造する必要がある方

●前年度の所得が一定額（所得制限限度額）を超えない方

●過去5年間のうちに本助成を受けていない方

※改造後の申請は対象となりませんので、改造前に申請方法をご相談ください。

必要書類

●申請書（指定様式） ●身体障害者手帳

●同意書（指定様式） ●免許証

●身体障がい者用自動車改造計画書（指定様式）

●改造を行う業者の見積書

●改造する部分ができるもの（カタログ等）

●車検証（登録済の場合のみ）

窓口

お問合せ…障がい福祉課 障がい給付係 電話 525-3796 FAX 533-5263

申請窓口…障がい福祉課・各支所

