

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 30,450円（令和8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
- 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

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 ●年金受給者は年金の受給額が分かる書類
- 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。

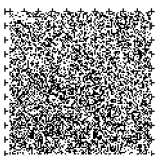
手 当

- 月 額 16,560円（令和8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 ●病院または診療所に継続して3ヵ月以上入院している
- 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
- 児童が障がい理由とする年金を受けている

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
- 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

- 年 額 12,000円（令和8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

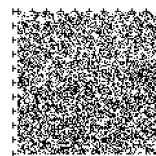
必要書類

- 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58,450円
2級 月額38,930円 ※令和8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

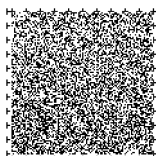
対 象 者

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方(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

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

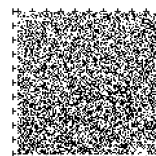
- 前年の所得課税証明書 ●保護決定通知書の写し（生活保護世帯）

- 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



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。

対象者

次の1～3すべて、または4の要件に該当する方

1. 障がいの原因となった病気やケガの初診日において、国民年金の被保険者であること。または、国民年金の被保険者であった方が日本国内に住所を有し、60歳以上65歳未満であるとき。
2. 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
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
※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。
4. 20歳前に初診日がある場合には、障害認定日またはその後に一定の障がいの状態に該当している方。（所得制限有）

年金額

【1級】	昭和31年4月2日以後生まれ	年額	1,059,125円
	昭和31年4月1日以前生まれ	年額	1,056,125円
【2級】	昭和31年4月2日以後生まれ	年額	847,300円
	昭和31年4月1日以前生まれ	年額	844,900円

子の加算額

- 2人まで…1人につき243,800円
- 3人目以降…1人につき 81,300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。

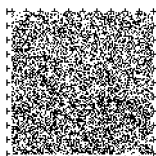
なお、子とは18歳になった後の最初の3月31日までの子、または、20歳未満で障害等級1級または2級の状態にある子です。

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級まであります。

また、障がいの原因となった病気やケガが、初診日から5年以内に治り（症状が固定し）、治った日に障害厚生年金を受け取ることができる状態よりも軽い症状の方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等（厚生年金、共済年金等の加入者）の配偶者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

【障害基礎年金1級相当に該当する方】 月額 58,650円

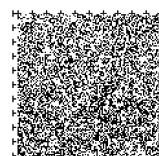
【障害基礎年金2級相当に該当する方】 月額 46,920円

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



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8 2万6 千5 百円以下	2， 5 0 0円	2， 5 0 0円
低所得 2	市民税非課税世帯で受給者の収入が8 2万6 千5 百円超	5， 0 0 0円	5， 0 0 0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2 3万5 千円未満		1 0， 0 0 0円
一定所得以上	市民税所得割が2 3万5 千円以上	自立支援医療の 対象外	2 0， 0 0 0円 経過措置 （令和 9 年 3 月 3 1 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

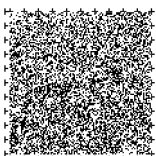
※育成医療における経過措置（令和9年3月31日まで）

	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
- 健康保険及び保険世帯を確認する書類（写し可）
 - ・健康保険組合から発行された「資格情報のお知らせ」
 - ・マイナンバー画面（保険情報画面）を印刷したもの ・健康保険資格確認書
- 年金受給額が確認できる書類（年金証書、振込通知書など）
- 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
- 健康保険及び保険世帯を確認する書類（写し可）
 - ・健康保険組合から発行された「資格情報のお知らせ」
 - ・マイナンバー画面（保険情報画面）を印刷したもの ・健康保険資格確認書
- 年金受給額が確認できる書類（年金証書、振込通知書など）
- 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

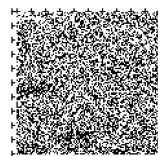
通院開始前に申請が必要となります。

- 新規申請から受給者証交付まで数ヵ月時間を要します。
- 受給者証の有効期間は1年です。期間内に継続の手続きが必要です。
- 有効期限の3ヵ月前から手続きができます。更新は交付まで時間を要するため早めの申請をお願いします。
- 有効期間が過ぎた場合、新たに診断書を提出いただき、新規申請となります。
- 申請書記入の際は、院外薬局利用の方、デイケア利用の方、訪問看護を受ける方は、それぞれの記載欄に病院名等の記載が必要です。
記載がない場合は、受給者証に登録となりませんのでご注意願います。
- 受給者証が届くまでの対応については、各医療機関・薬局にお問い合わせください。

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状態を改善・維持し、日常生活や仕事をしやすくするための制度です。手術などの治療にかかる医療費の自己負担額を軽くする公費負担医療制度で、指定の自立支援医療機関でおこなわれます。

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、障がいの軽減や機能の維持・改善が見込める方

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
- 健康保険及び保険世帯を確認する書類（写し可）
 - ・健康保険組合から発行された「資格情報のお知らせ」
 - ・マイナンバー画面（保険情報画面）を印刷したもの ・健康保険資格確認書
- 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

育成医療（自立支援医療）（１８歳未満）

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障がいが残ると認められる１８歳未満の方が対象の制度です。手術などの治療によって生活しやすくするための公費負担医療制度で、指定の自立支援医療機関でおこなわれます。

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

１８歳未満の方で、手術などにより、障がいの軽減や機能の改善・回復が見込める方

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

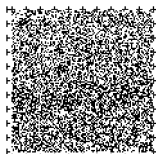
治療開始前に申請が必要となります

- 申請書 ●医師の意見書（指定の様式） ●同意書
- 健康保険及び保険世帯を確認する書類（写し可）
 - ・健康保険組合から発行された「資格情報のお知らせ」
 - ・マイナンバー画面（保険情報画面）を印刷したもの ・健康保険資格確認書
- 身体障害者手帳（所持者のみ） ●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



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うけたときなどに、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の方又は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級の方又は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

- 手帳 ●本人名義の通帳
- 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. 支払いをせず、医療機関から直接市に請求が行われる方法
2. いったん支払った後、申請書に医療機関の証明を受け、市に助成申請をする方法

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 535-7970

申請窓口…共生社会推進課・各支所

特定疾病療養受療証

医療機関等の窓口で特定疾病療養受療証を提示することで、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

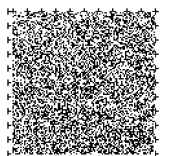
【後期高齢者医療保険加入者】 お問合せ…国保年金課 後期高齢者医療係 電話 525-3724 FAX 528-2478

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。



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月額までとなります。（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等に関する法律」の指定難病に罹患している方。

※対象となる指定難病は巻末資料の「指定難病一覧」をご参照ください。

窓口

お問合せ…感染症・疾病対策課 難病支援係 電話 573-4384 FAX 525-5701

申請窓口…感染症・疾病対策課

小児慢性特定疾病医療費助成

小児慢性特定疾病児童等の健全育成を目的として、疾病の治療法の確立と普及、患者家族の医療費の負担軽減を図るため、自己負担分の一部を助成します。

対象者

小児慢性特定疾病にかかっている、国が認める疾病の程度である児童等

※ただし、18歳到達時点において本制度の対象となっており、かつ18歳到達後も引き続き治療が必要と認められた場合には、20歳未満の者も含みます。

窓口

お問合せ…こども家庭課 母子保健係 電話 525-7671 FAX 572-3419

申請窓口…こども家庭課

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級及び4級（一部）

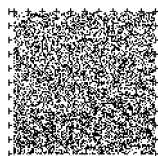
●精神障害者保健福祉手帳1・2級 ●療育手帳A ●障害年金の等級が1・2級

※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り、定期的に血液透析を受けるため、病院へ通院する際に必要な交通費を助成する制度です。事前に登録手続きが必要です。

助 成

- 1ヶ月の交通費から4,000円を引いた額…月額上限 26,000円
- 請求月 4・7・10・1月（※各請求月の10日までに請求）

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方
- 通院距離（最短距離）が片道1.5km未満の方
- 生活保護を受給している方

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

障がい者通所交通費助成

障がい福祉サービス事業所等に通所する交通費の2分の1を助成します。

助 成 額

通所交通費の月額 $\frac{1}{2}$

- 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（※各請求月の10日までに請求）
支給日 請求月の翌月の10日までに支給します。

対 象 者

以下の3つ全てに該当する方

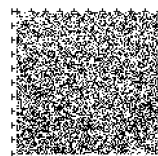
- 本市が援護実施者であり、生活介護事業、就労継続支援事業で通所している方
または身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院医療）受給者証のいずれかの交付を受けており、地域活動支援センターに通所している方（※法に基づく障害福祉サービスの支給決定を受けていない場合、福島市に住民票があり、かつ福島市にお住まいの方）
- 公共交通機関（鉄道、路線バス）または通所施設が運行する有料送迎サービスを使用している方
- 生活保護を受給していないかた

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



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（※各請求月の10日までに請求）
- 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

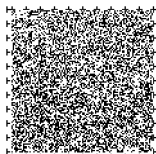
必要書類

- 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



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

呼吸器機能障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（紙おむつ券）

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Ⅲ）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

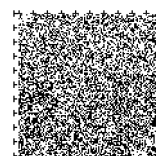
●申請書 ●医師の証明書（指定の様式）※新規の場合のみ

●身体障害者手帳（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

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

小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている児童等が専門的な治療や検査のため、県外の指定小児慢性特定疾病医療機関を受診する際の交通費の一部を助成をします。

助 成 額

受診する医療機関の属する地域や交通手段、児童等の年齢により助成上限額を設定しています。

助成回数は年3回分までです。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、県外の指定を登録している児童等

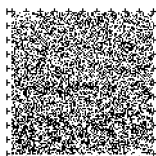
必要書類

- 小児慢性特定疾病医療費受給者証の写し
- 県外の指定小児慢性特定疾病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県外の指定医療機関を受診した際の領収書の写し、または自己負担額上限管理表（受給者証）
- 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 572-3419

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（限度額）

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
必要のある方
- 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
- 市税等の滞納がない世帯に属する方

※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
- 改造する部分がわかるもの（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

