令和７年度

**福　祉　の　し　お　り**



****

**東　郷　町**

　令和７年４月１日現在

**目　　次**

**高齢者のみなさんのために　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　　１ページ**

**・高齢者福祉**

**・ねたきりの高齢者等**

**・ひとり暮らし高齢者・高齢者世帯**

**障がい者のみなさんのために　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　　４ページ**

**・手当等**

**・費用補助（福祉用具の支給、住宅改修、運転免許証の取得補助・自動車改造）**

**・心身障害者扶養共済**

**・各種サービス**

**・ＮＨＫ受信料の減免、携帯電話割引**

**・交通・道路の割引、消防・警察などの緊急通報**

**医療制度を受けられる方へ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１５ページ**

**・高齢者**

**・障がい者**

**児童の保護者の方へ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１８ページ**

**・手当**

**・医療**

**・資金貸付**

**ご案内　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２１ページ**

**・手話通訳者窓口設置、手話通訳者派遣**

**・拡大読書器の設置、ヘルプマーク・ヘルプカード**

**・障がい者相談支援センター、町内の障がい者団体**

**・わたしたちのまちの在宅医療と介護マップ、とうごうくらしのおうえんガイドブック**

**主な福祉施策一覧表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２３ページ**

**－ お知らせ －**

**※本紙では「個人番号カード」を「マイナンバーカード」と表記しています。**

**※マイナンバーカード等に関する持ち物は、手続き内容によって違います。**

**※各種手当は、支払日が土・日、祝日である場合は、その直前の休日でない日が支払日となります。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **問い合わせ先** | | | **場所** | **電話** | **FAX** |
| **東郷町役場（代表）** | | |  | **0561－38－3111** | **0561-38-0001** |
| **防災安全課** | | | **役場３階** | **0561－56－0719** | **0561-38-0001** |
| **福祉課** | | | **役場1階** | **0561－56－0732** | **0561-38-7932** |
| **保険医療課** | | **国民健康保険、国民年金等** | **役場1階** | **0561－56－0738** |
| **後期高齢者医療、福祉医療等** | **役場1階** | **0561－56－0739** |
| **高齢者支援課** | **介護保険に関すること** | | **役場１階** | **0561－56－0735** |
| **地域包括ケア、高齢者福祉サービス等** | | **役場１階** | **0561－56－0753** |
| **学校教育課** | | | **役場2階** | **0561－56－0752** | **0561-38-1994** |
| **こども課こども保健推進室** | | | **いこまい館2階** | **0561－37－5813** | **0561—37-5823** |

**高齢者のみなさんのために**

**高　齢　者　福　祉**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 養護老人ホームの入所  (高齢者支援課) | 日常生活に支障のある６５歳以上の方 |  | ６５歳以上で、環境上及び経済的理由により居宅で生活することが困難な方について、施設への入所相談と手続を行います。 |
| 東郷町在日外国人高齢者福祉給付金  (福祉課) | 下記の項目にすべて該当される方  ①1926年4月1日以前に生まれた方  ②1982年1月1日から2012年7月8日まで外国人登録をされていた方  ③2012年7月9日以後引き続き住民登録されている方  ④本町に1年以上居住し、住民登録されている方  ⑤厚生年金その他の公的年金等を受給していない方 | ・特別永住者証  明書又は在留カ  ード  ・所得の状況を  証明する書類  ・請求者の口座  情報  ・印かん | ・月額　　５，０００円  ・支給月　９月、３月  ※所得制限あり |
| 車いすの貸出  東郷町社会  福祉協議会 | 町内在住で、一時的に車いすを必要とされる方 | 社会福祉協議会の窓口へお越しください | 貸出期間は２週間以内（無料） |

**ねたきりの高齢者等**（事前に申請・登録等が必要です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 介護用品購入費  の助成  (高齢者支援課) | 常時おむつを必要とする、在宅（※注１）の要介護１～５の方 |  | 常時おむつを必要とする方に紙おむつ等の購入費を助成します。（紙おむつ、尿取りパッド、使い捨て手袋、おしり拭き用濡れティッシュ、消毒用濡れティッシュ、液体消毒液、介護用防水シーツ、介護用消臭剤、おむつ用消臭袋） |
| 理髪サービス  (高齢者支援課) | ねたきりの高齢者等 |  | 理髪券を交付します。出張サービスも可能。  ・年３回（４月～７月、８月～１１月、  １２月～翌年３月）  ・自己負担金あり（６００円／回） |
| 外出支援サービス  (高齢者支援課) | 要介護認定を受けた方または身体障害者手帳の交付を受けた居宅者（有料老人ホーム等除く）で、一般の交通機関（セダンタクシーを含む）を利用した外出が困難な方、かつ、市町村民税 所得割非課税世帯に属する方 |  | 車いすのまま乗り降りできる移送用車両を使って病院や福祉施設などの通院・入所時の送迎をします。なお、移送の際は、介助できる付添人の確保が必要です。  ・一週間に１回以内  ・東郷町役場から半径１０ｋｍ以内の医療  及び福祉施設。１回の利用は自宅から目的  地までの１往復  ・自己負担金は以下のとおり   1. 迎車料を除いた総運賃（１００円未満   切り捨て）の１割。ただし、総運賃が１０００円未満のときの利用料は１００円とする。  ⑵有料道路使用料金  ⑶駐車場使用料  ⑷その他（ストレッチャーのレンタル料等） |

（※注１）この場合における在宅とは、介護保険施設、有料老人ホーム及び医療機関等に入院又は入所していないことを指します。

**ひとり暮らし高齢者・高齢者世帯**(事前に申請・登録等が必要です)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 緊急通報装置  の設置  (高齢者支援課） | ・生命に危険を及ぼす持病を有す  る７５歳以上の方のみの世帯  ・寝たきり等で介護が必要な７５  歳以上の方のみの世帯  ・高齢者世話付住宅（シルバーハ  ウジング）の入居者 |  | 緊急通報機器を利用して、病気やけが等の緊急時に救助や援助を行います。  ・自己負担金あり（市町村民税課税  世帯のみ）  ※同居者の就労等により長時間対象  者と同じ状態になる方も含みます。  ※電話回線によっては、取付けがで  きない場合があります。 |
| 配食サービス  (高齢者支援課） | ・要介護認定を受けている方また  は総合事業の対象者で、身体的又  は精神的理由により調理が困難な  ６５歳以上のひとり暮らしの高齢  者及び高齢者のみの世帯  ・低栄養状態にあるまたはそのお  それのある高齢者 |  | 週７回以内（月曜日～日曜日）の夕食を宅配するとともに、安否確認を行います。  ・自己負担金あり |
| タクシー料金の助成  (高齢者支援課） | ７５歳以上のひとり暮らしの方又は７５歳以上のみの世帯の方のうち、市町村民税非課税世帯に属する方で自家用車などの交通手段がなく、隣地等に自家用車を所有する親族がいない方 |  | タクシー料金助成利用券（１枚２００円、１回に何枚でも使用可）を６０枚交付します。（令和７年４月から令和８年３月まで使用可） |
| 避難行動要支援者の登録  (高齢者支援課） | ７５歳以上のひとり暮らしの方又は７５歳以上を含む６５歳以上のみの世帯の方 | 高齢者支援課にお問い合わせください。 | 避難行動要支援者として登録して、災害時に迅速な安否確認や避難誘導を行えるようにします。 |
| 救急安心カードの配布  (高齢者支援課） | ７５歳以上のひとり暮らしの方又は７５歳以上を含む６５歳以上のみの世帯の方 | 高齢者支援課にお問い合わせください。 | 冷蔵庫に救急安心カードを設置して、病気やけが等による緊急時に駆けつけた救急隊が、病院への搬送や緊急連絡先への連絡を迅速に行えるようにします。 |
| 家具転倒防止器具の取付  （防災安全課） | 満６５歳以上の方のみの世帯 | 防災安全課にお問い合わせください。 | １世帯当たり家具４点までの転倒防止器具の取付を無料で行います。  ・対象家具  タンス、食器棚、本棚、下駄箱など  ・申請期間  ４月１日から翌年１月３１日まで  ※家具の位置や形状により取付ができない場合もあります。 |

**障がい者のみなさんのために**

**手　当　等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | | 手　続 | 内　　容 | |
| 特別障害者手当等  (福祉課） | 1. 特別障害者手当   ・身体障がい１級～２級  （一部を除く)程度の障が  いを重複して有する方  ・身体障がい１級～２級  （一部を除く)の障がいを  有し、かつ、ＩＱ２０以下  の方又は常時介護が必要な  精神障がいを有する方  ・身体障がい１級～２級  （一部を除く)の障がい又  はＩＱ２０以下もしくは常  時介護が必要な精神障がい  を有する方で、かつ、他に  身体障がい３級相当の障が  いを２つ以上有する方  ・身体障がい１級～２級  （一部を除く)の障がい又  は知的障がいＩＱ２０以下  もしくはこれと同程度の障  がい又は症状を有する方  で、かつ、日常生活におい  てほぼ全面介護を必要とす  る方   1. 障害児福祉手当   ・身体障がい１級（２級の  一部を含む）の障がい児  ・ＩＱ２０以下の障がい児  ・上記と同程度の障がい又  は症状で常時介護を必要と  する方 | | ・障がい者本  人の預金口  座番号  ・障害者手帳  ・診断書  ・世帯全員の  マイナンバ  ーカード又  は個人番号  通知カード  ・本人確認書  類  国民年金等に加入している方  ・年金手帳  障害年金等を受給している方  ・年金証書 | 精神又は身体に著しく重度の障害がある方に  手当を支給します。  支給月　５月、８月、１１月、２月  　　　　（各月１０日）  ※愛知県在宅重度障害者手当との併給はできません。  ※所得制限あり  ⑴　特別障害者手当  　２０歳以上で、精神又は身体に著しく重度の障がいがあるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする方（施設入所者、長期入院者を除く。）  　　月　額　　２９，５９０円  ※国の手当に対する加算  　手当受給者のうち、Ａ種又はＢ種に該当する者に対しては、県の手当が加算されます。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 種別 | 対象者 | 加算 | | Ａ | 身体障がい１～２級でＩＱ３５以下の合併 | ６，８５０  円 | | Ｂ | 身体障がい１～２級又はＩＱ３５以下 | １，０５０  円 | | Ｃ | その他 | なし |   ⑵　障害児福祉手当  　２０歳未満で、精神又は身体に重度の障がいがあるため、日常生活において常時介護が必要な児童（障がいを事由とした年金受給者、施設入所者を除く。）  　　月　額　　１６，１００円  ※国の手当に対する加算  　手当受給者のうち、Ａ種又はＢ種に該当する者に対しては、県の手当が加算されます。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 種別 | 対象者 | 加算 | | Ａ | 身体障がい１～２級でＩＱ３５以下の合併 | ６，９００  円 | | Ｂ | 身体障がい１～２級又はＩＱ３５以下 | １，１５０  円 | | Ｃ | その他 | なし | | |
| 名　　称 | | 対　象　者 | 手　続 | | 内　　容 |
| 愛知県  在宅重度障害者  手当  (福祉課） | | ・身体障害者手帳１級又  は２級の方  ・ＩＱ３５以下の方  ・身体障がい３級を有す  る方で、ＩＱ５０以下の  方。  ただし、以下の方は除きます。  ・介護保険施設等に入所  中の方  ・長期入院中の方  ・６５歳以上での新規手  帳取得者 | ・障害者手帳  ・障がい者本  人の預金口座  番号 | | ・手当額   |  |  | | --- | --- | | 種別 | 月額 | | １種 | １５，５００  円 | | 身体障がい１～２級でＩＱ３５以下 | | ２種 | ６，７５０  円 | | その他 |   ・支給月　４月、８月、１２月  （各月２５日）  ※特別障害者手当、障害児福祉手当及び経過  的福祉手当受給者を除く。  ※所得制限及び年齢制限あり |
| 特別児童扶養  手当  (福祉課） | | ・２０歳未満の重度障が  い児で日常生活において  常時介護を必要とする程  度の状態にある児童を養  育している方  ※自閉症の場合は、障害者  手帳をお持ちでなくても  対象となる場合がありま  す。 | ・戸籍謄本  ・請求者の預  金口座番号  ・障害認定診  断書（療育手帳  等の写し）  ・世帯全員の  マイナンバー  カード又は個  人番号通知カ  ード  ・本人確認書  類 | | ・手当額　児童１人につき   |  |  | | --- | --- | | 種別 | 月額 | | １級 | ５６，８００  円 | | ＩＱ３５以下又は身体障がい１～２級程度の障がい児 | | ２級 | ３７，８３０  円 | | ＩＱ５０以下又は身体障がい３級(４級の一部を含む)程度の障がい児 |   ・支給月　４月、８月、１１月  （各月１１日）  ※所得制限あり |
| 東郷町  障がい者扶助料  (福祉課） | | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉手帳所持者  で、本町に引き続き１年以上居住し、住民登録されている方。  ただし、以下の方は除きます。  ・６５歳以上での新規手  帳取得者  ・町外の介護保険被保険  者及び障がい福祉サービ  ス受給者証所持者  ・精神病院に入院中の一  部の方  ・生活保護を受給中の方 | ・障害者手帳  ・障がい者本  人の預金口座  番号 | | ・手当額   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 障がい種 | 等級 | 月額（円） | | 身体障がい  精神障がい | １ | ４，５００円 | | ２ | ３，５００円 | | ３ | ２，５００円 | | ４～６ | １，５００円 | | 知的障がい | Ａ | ４，５００円 | | Ｂ | ３，５００円 | | Ｃ | ２，５００円 |   ・支給月　９月、３月  （各月２５日）  ※所得制限なし |

本人確認書類・・・障害者手帳や運転免許証などの写真付公的身分証明書１つ、もしくは写真のない

　　　書類２つ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 障害基礎年金  (年金事務所、  保険医療課) | 下記の項目にすべて該当される方   1. 初診日において、国民年   金の被保険者であること。又  は、初診日が20歳前若しく  は国民年金の被保険者であ  った60歳以上65歳未満の方  で、日本国内に住所を有して  いること。   1. 初診日前日において、険   料納付要件を満たしている  こと。   1. 障害認定日に障害等級表   の1級又は2級に該当してい  ること  ※上記以外でも対象となる  場合があります。 | 初診日等の個人の状況により必要書類が異なりますので、年金事務所又は保険医療課へお問い合わせください。 | 病気やけがによって生活や仕事などが制限されるようになった場合に、受け取ることができる年金です。  【年金額】  １級　１，０３９，６２５円＋子の加算額  ２級　８３１，７００円＋子の加算額  （子の加算額）  第１子・第２子…２３４，８００円  第３子以降…１人につき７８，３００円  子の加算要件…１８歳になった後の最初の３月３１日までの子又は２０歳未満で障害等級１級・２級の障がいの状態にある子  障害基礎年金の他に障害厚生年金を受給できる場合があります。  受給要件は個々の状況により異なりますので、詳しくは年金事務所又は保険医療課へお問い合わせください。 |
| 東郷町在日外国人重度障がい者福祉給付金  (福祉課) | 下記の項目にすべて該当される方  ①1962年4月1日以前に生  まれた方  ②1982年1月1日から2012  年7月8日まで外国人登録を  されていた方  ③2012年7月9日以後引き  続き住民登録されている方  ④本町に1年以上居住し、住  民登録されている方   1. 身体障害者手帳１級又は   ２級の方、療育手帳Ａ判定の方、及び精神障害者保健福祉手帳１級又は２級の方   1. 当該障害の発生原因にな   った疾病について初めて医師の診断を受けた日が、1982年1月1日前である方   1. 厚生年金その他の公的年   金等を受給していない方 | ・障害者手帳  ・特別永住者証  明書又は在留カ  ード  ・所得の状況を  証明する書類  ・請求者の口座  番号 | ・月額　　１０，０００円  ・支給月　９月、３月  ※所得制限あり |

**福祉用具の支給**（介護保険対象者は介護保険の利用が優先されます）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 日常生活用具給付  (福祉課） | ・身体障害者手帳所持  者  ・療育手帳所持者  ・難病患者(対象品目  は○印)  ・医師意見書により給  付が必要とされる者  （対象品目は△印）  ※介護保険法の利用が  優先されます。  年齢や障がい程度、世帯の状況によって対象品目が異なります。  詳しくは事前にお問い合わせください。 | ・障害者手帳  ・見積書  難病患者の方  ・難病である  ことを証明す  る書類  医師意見書により申請する方  ・診断書（任意  様式可） | 障がい者(児)が自力で日常生活を営めるよう日常生活用具を給付します。  ※基準額以内で補助（ただし、自己負担金があ  ります。）  ※決定後購入   |  | | --- | | ぼうこう・直腸機能障がい | | ストマ装具、ストマ装具の対価品 | | 下肢、体幹機能障がい | | ○特殊寝台、○特殊マット、○特殊尿器、○便器、○入浴補助用具、入浴担架、  ○体位変換器、○移動用リフト、訓練イス（児のみ）、○訓練用ベッド（児のみ）、Ｔ字状・棒状の杖、○移動・移乗支援用具、○住宅改修、頭部保護帽、火災報知器（１世帯２台まで）、自動消火器、収尿器 | | 上肢機能障がい | | ○特殊便器 | | 視覚障がい | | 視覚障がい者用時計、読書器、ポータブルレコーダー、活字文書読み上げ装置、情報･通信支援用具（アプリケーションソフト）、点字器、視覚障がい者用体温計･体重計・血圧計、電磁調理器、歩行時間延長信号機用小型送信機、点字タイプライター、点字図書、視覚障がい者用地デジ対応ラジオ | | 聴覚障がい | | 通信装置、情報受信装置、屋内信号装置 | | 視覚・聴覚の重複障がい | | 点字ディスプレイ | | 呼吸器機能障がい | | △○ネブライザー（吸入器）、△○電気式たん吸引器、酸素ボンベ運搬車 | | 言語障がい | | 携帯用会話補助装置 | | 音声障がい | | 人工咽頭、携帯用会話補助装置 | | 療育手帳Ａ判定で、てんかんのある方 | | 頭部保護帽 | | 療育手帳Ａ判定で身体障がい２級以上の方 | | 火災報知器（１世帯２台まで）、自動消火器 | | 腎臓機能障がい | | 透析液加温器 | | 在宅酸素療法を行う方 | | ○パルスオキシメーター | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付  (福祉課) | 小児慢性特定疾病医療受給者証を所持する居宅者 | ・小児慢性特  定疾病医療  受給者証  ・医師意見書  ・障害者手帳  （お持ちの  方） | 障がい児が日常生活を送るうえで必要な福祉用具を給付します。  ※基準額以内で補助（ただし、自己負担金があります）  ※障害者総合法による日常生活用具との併用不可  ※決定後購入   |  |  | | --- | --- | | 常時介護を要する方 | 寝たきりの状態にある方 | | 便器 | 特殊マット、特殊寝台、体位変換器 | | 上肢機能障がいのある方 | 下肢が不自由である方 | | 特殊便器 | 歩行支援用具、車いす（電動を除く） | | 入浴に介助を要する方 | 自力で排尿できない方 | | 入浴補助用具 | 特殊尿器 | | てんかん等発作のある方 | 呼吸器機能障がいのある方 | | 頭部保護帽 | 電気式たん吸引機、ネブライザー | | 体温調節が難しい方 | 紫外線によるがんや神経障がいの恐れがある方 | | クールベスト | 紫外線カットクリーム | | 人工呼吸器を装着している方 | 人工呼吸器の装着、気管切開が必要な方 | | パルスオキシメーター | 人工鼻 | | 人工肛門、人工膀胱を造設した方 | | ストーマ装具 | |
| 補装具の  支給・修理  (福祉課） | ・身体障害者  手帳所持者  ・難病の方  障がい程度により対象物品が異なります。  詳しくは事前にお問い合わせください。 | ・障害者手帳  ・見積書  ・医師の意見  書（指定用  紙）  ・カタログ、  図面等  ・難病である  ことを証明  する書類  ・障がい者の  マイナンバ  ーカード又  は個人番号  通知カード  ・本人確認書  類 | ※基準額以内で補助（ただし、自己負担金があります。）  ※決定後購入  ・義肢  ・装具  ・座位保持装置  ・視覚障害者安全つえ（白杖）  ・義眼  ・眼鏡（矯正眼鏡、遮光眼鏡等）  ・補聴器  ・車いす、電動車いす  ・座位保持いす（児のみ）  ・起立保持具（児のみ）  ・歩行器  ・頭部保持具（児のみ）  ・排便補助具（児のみ）  ・歩行補助つえ（一本つえを除く）  ・重度障害者用意思伝達装置 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 軽度・中等度難聴児の補聴器購入費の助成  （福祉課） | 以下の要件をすべて満たす方  ・１８歳未満で、本町に住民登  録されている方  ・両耳の聴力レベルが３０ｄ  Ｂ以上で身体障害者手帳の交  付対象とならない方  ・医師意見書により補聴器の  装用効果が認められる方  ・これまでに法令に基づいた  補聴器の購入費の助成を受け  ていない方 | ・医師意見書（指定  様式あり）  ・見積書 | 身体障害者手帳の交付対象とならない児童の言語習得及び教育における健全な発達を支援するために、補聴器の購入費を助成します。  ※所得制限あり  ※基準額以内で補助（ただし、自  己負担金があります）  ※決定後購入 |

**住　宅　改　修**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 住宅改修  【日常生活用具給付等事業】  （福祉課） | １～３級の下肢・体幹障害を有する方  （特殊便器への取替えをする場合は上肢障がい２級以上の方） | ・障害者手帳  ・見積書及び図面 | 手すりの取り付け、床段差の解消、床材の  変更、扉の取替え、便器の取替えにかかる費用を補助します。  ※補助上限額２０万円 (一部自己負担あり)  ※介護認定を受けている方は利用不可  ※下記「人にやさしい住宅リフォーム事業」  との併用は不可  ※決定後着手 |
| 人にやさしい住宅リフォーム事業費の補助  (福祉課） | １～３級の視覚障がいを有する方が居住する住宅の所有者  （介護認定を受けている方は利用できません） | ・障害者手帳  ・見積書及び図面 | 手すりやスロープ等取り付けにかかる費用を補助します。  ※基準額以内で補助率１/２です。（補助上  限額１５万円)  ※決定後着手、一回限り  ※上記「住宅改修【日常生活用具給付等事  業】」との併用は不可 |

**運転免許証の取得補助・自動車改造**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 自動車運転免許取得助成事業  (福祉課） | 身体障害者手帳所持者 | ・障害者手帳  ・普通自動車運転免許証  ・免許取得に要した費用の証明  ・障がい者本人の預金口座番号 | 身体障がいを有する方が就労や通院、通学のために普通自動車免許を新規に取得した場合に免許取得に要した費用の２／３（補助上限額１０万円）を助成します。 |
| 自動車改造費助成事業  (福祉課） | 上肢、下肢又は体幹機能障がいの身体障害者手帳所持者で免許の条件を付された者 | ・障害者手帳  ・車検証（本人名義に限る）  ・見積書  ・カタログ等  ・本人の運転免許証等 | 上肢、下肢又は体幹機能障がいの方が就労等に伴い自動車を取得する場合、その自動車の改造に要する経費を補助します。（補助上限額１０万円）  ※運転免許証に障がいによる運転条件の記  載のある方  ※決定後着手してください。  ※改造前と改造後の証明写真が必要です。  ※改造終了後に請求者の口座に補助額を払  込みします。 |

**心身障害者扶養共済**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 心身障害者  扶養共済制度  (福祉課） | 以下の(ｱ)～(ｳ)の保護者であって、特別の疾病又は障がいを有しない６５歳未満の方   1. 身体障害者手帳１   ～３級の方  (ｲ)療育手帳所持者  (ｳ)精神又は身体に永  続的な障がいのある方  で、その障がいが(ｱ)、  (ｲ)と同程度と認めら  れる方  ※掛金の額は、加入時の年度の４月１日時点の加入者の年齢に応じて決まります。 | ・障害者手帳  ・加入者及び  障がい者の住  民票 | ○掛金(２口まで加入できます。)  ・１口加入の掛金（平成20年4月１日以降加入  の場合）  ９，３００円～２３，３００円  ※加入時の年齢によって掛金が変わります。（掛  金固定制）  ※２口加入の場合、掛金は２倍になります。   1. 年金額   加入者死亡又は重度障がい後、障がい者に１口  につき２０，０００円／月を支給します。   1. 弔慰金   加入者の生存中に障がい者が死亡した時、支給  します。  ・１口加入の場合   |  |  | | --- | --- | | 加入期間 | 金額 | | 1年以上5年未満 | ５０，０００円 | | 5年以上20年未満 | １２５，０００円 | | 20年以上 | ２５０，０００円 |   ※平成20年4月1日以降加入の場合   1. 脱退一時金   障がい者の死亡以外の理由で脱退された時、支  給します。  ・１口加入の場合   |  |  | | --- | --- | | 加入期間 | 金額 | | 5年以上10年未満 | ７５，０００円 | | 10年以上20年未満 | １２５，０００円 | | 20年以上 | ２５０，０００円 |   ※平成20年4月1日以降加入の場合  ※２口加入の場合は、⑴、⑵、⑶いずれも上記金  額の２倍を支給します。 |

**各種サービス**（事前に申請・登録等が必要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 避難行動要支援者の登録  (福祉課) | ・身体障害者手帳１～  ３級の方  ・療育手帳Ａ判定の方  ・精神障害者保健福祉  手帳１級の方  ・登録を希望する方 | ・障害者手帳 | ・災害時の安否確認・避難支援  ・平常時の見守り活動  ・救急安心カードの配布  ※災害時等に迅速に対応できるよう、地区の  担当民生委員に登録情報の一部を提供します。 |
| 介護用品の助成事業  (福祉課） | ・１級又は２級の下  肢・体幹機能障がいを  有する方  ・療育手帳Ａ判定の方  ・難病の方で、常時お  むつを使用している方  (４歳以上) | ・障害者手帳 | 障がいにより常時おむつを必要とする重度障がい者（在宅)に紙おむつ等の購入費を助成します。  介護用品：紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、消毒薬、おしり拭用ウエットティッシュ |
| 理髪サービス  (福祉課） | 重度の身体障がい者(児) | ・障害者手帳 | 理髪券を交付します。出張サービスも可能。  ・年３回（４月～７月、８月～１１月、  １２月～翌年３月））  ・自己負担金あり（６００円／回） |
| 東郷町障がい者タクシー料金助成  (福祉課） | ・身体障害者手帳１～  ３級の方  ・療育手帳Ａ又はＢ判  定の方  ・精神障害者保健福祉手帳１～２級の方 | ・障害者手帳 | タクシー料金助成利用券（１枚２００円、１回に何枚でも使用可）を９０枚まで交付します。  （令和７年４月から令和８年３月まで使用可）  ※ただし、町外に居住している方、町外の介護保険被保険者及び障がい福祉サービス受給者証所持者は除く |
| 緊急通報装置の設置  (福祉課） | １級又は２級の下肢・  体幹機能障がいを有す  る方で、緊急事態に単  独で行動することが困  難なひとり暮らしの方 | ・障害者手帳 | ひとり暮らしで、在宅の重度身体障がい者が急病、事故等の緊急事態に緊急通報機器を利用して救助・援助を求められます。  ・自己負担金あり（市町村民税課税世帯のみ）  ※同居者の就労等により長時間対象者と同じ状態になる方も含みます。  ※電話回線によっては、取付けができない場合があります。 |
| 外出支援サービス  (福祉課） | 身体障害者手帳の交付を受けた居宅者で一般の交通機関（セダンタクシーを含む）を利用した外出が困難な方で、世帯員全員の市町村民税の所得割が非課税の方 | ・障害者手帳 | 車いすのまま乗り降りできる移送用車両を使って病院や福祉施設などの通院、通所時の送迎をします。なお、移送の際は、介助できる付添人の確保が必要です。  ・一週間に１回以内  ・東郷町役場から半径１０ｋｍ以内の医療及び福祉施設。１回の利用は自宅から目的地までの１往復  ・自己負担金は以下のとおり  ⑴迎車料を除いた総運賃（１００円未満切り捨て）の１割。ただし、総運賃が１０００円未満のときの利用料は１００円とする。  ⑵有料道路使用料金  ⑶駐車場使用料  ⑷その他（ストレッチャーのレンタル料等） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 家具転倒防止器具の取付  （防災安全課） | 1. 身体体障害者手帳   １～２級、療育手帳Ａ・Ｂ判定、精神障害者保健福祉手帳１～２級の方がいる世帯   1. 要支援、要介護認   定者のみの世帯   1. 母子世帯（中学生   以下の子どもとその母親のみで構成する世帯） | ①の対象者は障害者手帳 | １世帯当たり家具４点までの転倒防止器具の取付を無料で行います。  ・対象家具  タンス、食器棚、本棚、下駄箱など  ・申請期間  ４月１日から翌年１月３１日まで  ※家具の位置や形状により取付ができない場合もあります。 |
| 声の広報  (福祉課） | 視覚障がいのある方 | 福祉課へお申出ください。 | 広報「とうごう」等をデイジー用ＣＤやカセットテープに吹き込んで郵送にてお届けします。（無料) |

**ＮＨＫ受信料の減免**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| ＮＨＫ放送受信料の減免  （福祉課） | 【全額免除】  障害者手帳をお持ちの方がいる世帯、かつ、世帯全員が町民税非課税のとき  【半額免除】  以下の障がい者の方が世帯主、かつ、受信契約者のとき   1. 視覚、聴覚による   身体障害者手帳をお持ちの方  ②身体障害者手帳１～  ２級の方  ③療育手帳Ａ判定  ④精神障害者手帳１級 | ・障害者手帳  ・印かん | 申請により、ＮＨＫ放送受信料の全額又は半額が免除されます。  福祉課で申請書を記入手続き後、ＮＨＫから受信契約者住所に免除受理通知書が郵送されます。  ＮＨＫふれあいセンター  電話：0570－077－077  FAX：045－522－3044 |

**携帯電話割引**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 障がい者携帯電話使用料割引サービス  　各携帯電  話会社 | ・身体障害者手帳所持  者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉  手帳所持者 | ・障害者手帳  等 | 携帯電話基本使用料割引などが受けられます。  ※詳細は、各販売店等にお問合せください。 |

**交通・道路の割引**（事業者により実施状況が異なる場合があります。事前に確認の上ご利用ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 障がい者タクシー運賃割引 | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉手  帳所持者 | 障害者手帳を提示 | タクシー運賃が１割引きになります。ただし、迎車回送料金、高速料金、駐車料金は割引の対象になりません。（割引対象外のタクシー業者もありますので、事前に確認の上、ご利用ください。） |
| 旅客鉄道株式会社旅客運賃等の割引 | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉手  帳所持者 | 障害者手帳を乗車券の販売窓口にて提示 | 運賃が５割引きになります。ただし、自動車線の定期乗車券にあっては３割引きとなります。  ⑴普通乗車券  　第一種手帳所持者は単独又は介護者とも、第二種手帳所持者は単独で乗車する場合  （単独で乗車する場合は１００㎞を超える区間に限る。）  ⑵定期乗車券  　第一種手帳所持者及び１２歳未満の第二種手帳所持者が介護者とともに乗車する場合  ⑶回数乗車券、急行券  　第一種手帳所持者が介護者とともに乗車する場合  ※事前に確認の上ご利用ください。 |
| 私鉄運賃の割引 | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  （各私鉄で定める）  ・精神障害者保健福祉手帳所持者（各私鉄で定める） | 障害者手帳を乗車券の販売窓口にて提示 | 旅客鉄道株式会社運賃割引制度に準じて割引されます。  ※事前に確認の上ご利用ください。 |
| 航空旅客運賃の割引 | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉手  帳所持者 | 障害者手帳を乗車券の販売窓口にて提示 | 割引率  　本人、介護者ともに２割５分  ※航空会社により対象者や割引率が異なります。事前に確認の上ご利用ください。 |
| 名鉄バス運賃の割引 | ・身体障害者手帳所持者  ・療育手帳所持者  ・精神障害者保健福祉手  帳所持者 | 障害者手帳を提示  ※療育手帳は  Ａ判定…１種  Ｂ，Ｃ判定  　　　…２種 | 普通乗車券５割引き、定期乗車券３割引きになります。  ・第一種手帳所持者及び精神障害者保健福祉手帳１、  ２級所持者は本人、介護者ともに割引き  ・第二種手帳所持者及び精神障害者保健福祉手帳３級所持者は本人のみ割引き  ※一部、割引率が異なる場合があります。事前に確認  の上ご利用ください。 |
| 町バス（じゅんかい君、東郷・藤田医大バス）の割引 | ・中学生以下のこども  ・６５歳以上の人  ・身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の所持者とその付添いの方１人 | 年齢のわかるもの又は障害者手帳を携帯し、乗車時に運転手に申し出てください。 | 【じゅんかい君】  対象者の運賃が無料になります。  【東郷・藤田医大バス】  対象者の運賃が半額になります（未就学児は無料）。 |
| デマンドタクシー  **※事前の利用登録が必要です。** | ・６５歳以上の人  ・身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の所持者  ・妊娠中から出産（予定）日後６か月以内の人 | 事前の利用登録が必要ですので、企画政策課公共交通対策室にお問い合わせください。 | 東郷町内の指定場所に乗降できるデマンドタクシーを利用することができます。  対象者とその付添いの方１人のデマンドタクシー利用料金が３００円／台になります。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 有料道路通行料金割引  （福祉課）  **※事前の割引登録申請が必要です。** | ・身体障害者手帳所持  者  ・療育手帳Ａ判定所持  者  旅客鉄道株式会社運賃減額種別（手帳に記載あり）による割引の範囲  １種:本人・介護者のいずれが運転する場合も割引対象  ２種:本人が運転する場合のみ割引対象 | ・障害者手帳  ・車検証  ・免許証又はﾏｲﾅ免許証（免許情報が記載されたﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ）  ＥＴＣ割引の新規登録  又は登録内容変更には  下記の2点も必要  ・障がい者本人名義の  ETCカード（本人が18  歳未満の場合は保護者  名義のカード）  ・ＥＴＣ車載器の管理  番号が確認できるもの | 障害者手帳を所持する方が日常生活のため、事前登録した自動車及び下記対象自動車（社用車等は対象外）で有料道路を利用する場合、通行料金が通常料金の半額となります。  【事前登録可能な自動車】  本人または親族等名義の乗用車１台  【割引対象となる自動車】  上記に加え、知人の所有する自動車、代車、レンタカー、タクシー（要介護者のみ）等  ※注意事項  ・ETCレーンでの割引は事前登録された自動  車1台でのみ利用可能です。  ・有効期限があるため、更新（有効期限の切  れる２か月前から申請可）の手続をお願いし  ます。  ・ETC利用者はｵﾝﾗｲﾝからも申請できます  URL https://www.expressway-discount.jp |
| 身体障害者等駐車禁止除外指定車標章交付  (愛知警察署) | 身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、小児慢性特定疾患児手帳を有する方（障害の区分、級によって対象者は異なります。） | ・障害者手帳及びその  写し  ・必要に応じ指定医の  意見書、診断書  ・代理人（親族の  み）との関係を疎  明する書類等 | 駐車禁止及び時間制限駐車区間の規制から除外するための駐車禁止等除外指定車標章を交付します。  愛知警察署　交通課  電話：0561－39－0110  FAX：0561－39－2900 |

**消防・警察などの緊急通報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| ＦＡＸで  １１９番通報  (尾三消防本部) | 聴覚障がい等で、電話(音声)による１１９番通報が困難な方 | 緊急通報FAX用紙は尾三消防本部ホームページなどで入手できます | 緊急車両が必要なとき、通報内容が書かれた用紙をＦＡＸ（１１９番）すると、尾三消防本部の指令課が受け取り、「消防車・救急車は向かっています。」とＦＡＸが返信されてきます。  ※指定用紙あり |
| ＮＥＴ１１９  (尾三消防本部) | 聴覚障がい等で、電話(音声)による１１９番通報が困難な方 | 尾三消防本部指令課窓口またはWebから事前登録をしてください。  Web登録用メールアドレスのQRコード↓ | 緊急時に身近にある携帯電話やインターネッ  ト接続端末機を利用して、簡単に災害（火事や  救急など）の発生を通報することができる制度  です。  ※尾三消防の窓口にて登録する場合は下記に  連絡のうえ、手続きしてください。  尾三消防本部　指令課  住所：東郷町大字諸輪字曙１８番地  FAX：0561－38－4119  メール：[shirei@bisan-fd.togo.aichi.jp](mailto:shirei@bisan-fd.togo.aichi.jp) |
| ＦＡＸ１１０番  (愛知県警察) | 聴覚障がい等で、電話による１１０番通報が困難な方 | 緊急通報FAX用紙は愛知県警察ホームページなどで入手できます | 緊急事態をＦＡＸにより通報することができます。  緊急事態通報用FAX番号：0120－110－369  ※指定用紙あり |
| １１０番アプリシステム  (愛知県警察) | 聴覚障がい等で、電話による１１０番通報が困難な方 | AppStoreまたはGooglePlayで「１１０番アプリ」と検索し、ｲﾝｽﾄｰﾙしてください。 | 携帯電話などを利用して文字や画像で１１０番通報することができるシステムです。  専用アプリのインストール及び使用者の事前登録が必要です。 |

**医療制度を受けられる方へ**

**高　齢　者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 後期高齢者医療  (保険医療課) | 1. 満75歳以上の方 | 1. 加入のため   の手続きは必要ありません | 【医療機関等で支払う医療費】  外来・入院ともに受診にかかる医療費の1割～３割の自己負担がかかります。  【高額療養費の申請】  １か月に支払った医療費が自己負担限度額（※1）を超えた場合、高額療養費が支給されます。対象となる方には、申請書を送付いたしますので手続きをお願いします。  なお、２回目以降については、指定された口座に自動振込みとなります。  ※1自己負担限度額は所得等により異なりま  す。詳細は、保険医療課医療係までお問い合わ  せください。  【医療費が高額になりそうな場合】  入院の予定など、医療費が高額になりそうな場  合、マイナ保険証（要制度適用への同意）また  は申請による限度区分を記載した資格確認書  を医療機関に提示すると、自己負担限度額まで  の医療費請求や入院時の食事代の減額が適用  されます。 |
| ②満65歳以上75歳未満の方で、  (ｱ)身体障害者手帳１～３級及び４級の一部の方  （４級のうち、音声機能、言語機能の著しい障がい又は下肢障がい1、3もしくは4号に該当する方）  (ｲ)療育手帳Ａ判定の方  (ｳ)精神障害者保健福祉手帳１級又は２級の方 | ②  ・障害者手帳  ・対象者の預金  口座のわかるも  の及びお届けの  印かん  ・対象者のマイ  ナンバーカード  又は個人番号通  知カード |
| 後期高齢者福祉医療費  (保険医療課） | ①75歳以上で後期高齢  者医療保険に加入ので、  (ｱ)障害者医療該当者  (ｲ)母子家庭等医療該当者（所得制限あり）  (ｳ)戦傷病者手帳所持者（所得制限あり）  (ｴ)要介護４、５で非課税世帯の方（施設入所者は一部制限あり）   1. 満65歳以上75歳未   満で後期高齢者医療保  険に加入の方で   1. 身体障害者手帳１～   ３級の方  (ｲ)療育手帳Ａ判定者  (ｳ)精神障害者保健福祉  手帳１級又は２級の方 | ・障害者手帳  （お持ちの方のみ）  ・精神障害者保  健福祉手帳  （②(ｳ)の方）  ・介護保険証   1. (ｴ)の方）   ・後期高齢者医  療保険証、資格  確認書等 | 病院等で入院又は外来受診したときの保険診療にかかる自己負担額を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また、部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。 |

**障　が　い　者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 自立支援医療  （更生医療）  (保険医療課） | 腎臓機能障がい・心臓機能障がい・肢体障がい等の方 | ・身体障害者手帳  ・医師の意見書  ・保険証、資格確認  書等  ・特定疾病療養受療  証（人工透析の方）  ・マイナンバーカー  ド等（※注２） | 身体に障がいのある方が身体機能の回復を図るため、その障がいを軽減・除去するための給付を行います。  人工透析や心臓の手術・人工関節の置換手術などが対象です。  必ず事前に申請手続が必要となります。 |
| 自立支援医療  （育成医療）  (保険医療課） | 腎臓機能障がい・心臓機能障がい・肢体障がい等の方で１８歳未満の児童 | ・医師の意見書  ・保険証、資格確認  書等  ・特定疾病療養受療  証（人工透析の方）  ・マイナンバーカー  ド等（※注２） | 身体に障がいがある児童が身体機能の回復を図るため、その障害を軽減・除去するための給付を行います。  人工透析や心臓の手術・人工関節の置換手術などが対象です。  必ず事前に申請手続が必要となります。 |
| 自立支援医療（精神通院）  (保険医療課） | 医師の診断書等により精神疾患の通院治療が必要と認められた方 | ・医師の診断書  ・保険証、資格確認  書等  ・マイナンバーカー  ド等（※注２） | 精神障害者医療費助成制度と併せて申請することで、指定した医療機関等で受診したときの保険診療にかかる自己負担額（精神疾患の通院医療分のみ）を助成します。 |
| 障害者医療費  (保険医療課） | ・身体障害者手帳  　１級～３級の方  ・腎臓機能障がいの方  　（手帳４級)  ・進行性筋萎縮症者  　（手帳４級～６級)  ・療育手帳Ａ又はＢ判  定の方  ・自閉症状群（高機能自  閉症及びアスペルガー症  候群を含む）と診断され  た方 | ・身体障害者手帳又  は療育手帳  ・保険証、資格確認  書等  ・診断書  （自閉症状群と診  断された方） | 病院等で入院又は外来受診したときの保険診療にかかる自己負担額を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また、部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。 |

（※注２）マイナンバーカード等（以下のものをご用意ください。）

１．次の方のマイナンバーカードもしくは通知カード

a 国民健康保険に加入されている場合

→世帯内の加入者全員

b ご家族等の扶養として社会保険（会社の保険）に加入されている場合

→対象者及び扶養している方（被保険者）

c 上記以外の場合

→対象者

２．申請者の本人確認書類

（運転免許証などの写真付公的身分証明書１つ、もしくは健康保険証や年金手帳など

写真のない書類２つ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 精神障害者医療費  (保険医療課） | 精神障害者保健福祉手帳１級又は２級の方 | ・精神障害者保  健福祉手帳  ・保険証、資格確  認書等 | 病院等で入院又は外来受診したときの保険診療にかかる自己負担額を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また、部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。  ※精神疾患の治療のための通院については、自立支援医療（精神通院）の申請が必要となります。 |
| ・精神障害者保健福祉  手帳３級の方  ・医師の診断書等によ  り精神疾患の治療が  必要と認められた方 | ・保険証、資格確認書等 | 【精神疾患の通院医療費】  自立支援医療費（精神通院）と併せて申請することで、指定した医療機関等で受診したときの保険診療にかかる自己負担額（精神疾患の通院医療分のみ）を助成します。 |
| ・自立支援医療  費受給者証又は  医師の診断書  （入院証明書）  等  ・領収書  ・預貯金通帳  ・健康保険から  の高額療養費等  の給付がわかる  もの（該当者の  み） | 【精神疾患の入院医療費】  精神病床への入院医療にかかる保険診療の自己負担額の2分の1を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また、部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。 |

**児童の保護者の方へ**

**手　当**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 児童手当  （こども課こども保健推進室） | 18歳到達年度の末日までの児童を養育している方  ※父母のうち原則所得の  高い方が対象 | ・請求者の健  康保険証また  は資格確認書  など  ・請求者名義  の通帳など口  座番号・口座名  義が確認でき  るもの  ・マイナンバ  ーカードなど  個人番号が確  認できるもの  （申請者と配偶者）  ・その他個別ケースにより書類の提出が必要な場合があります。 | ・支給額   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 児童の年齢 | | 支給金額（児童一人当たり） | | 第１子・第２子 | ３歳未満 | 15,000円（月額） | | ３歳から高校生年代（第１子・第２子） | 10,000円（月額） | | 第３子 | ０歳から高校生年代（第３子以降） | 30,000円（月額） |   ※「第〇子」の数え方は、０歳から22歳年度末までの子を年齢の高い順に数えて「第〇子」といいます。  ・支給月　偶数月（各月１０日）  ・一部の受給者については毎年６月に現況届  の提出が必要  ※受給者等変更等がある場合は届出が必要 |
| 児童扶養手当  （こども課こども保健推進室） | 次の要件にあてはまる１８歳以下(１８歳到達年度の末日まで)の児童(一定の障害があるときは、２０歳未満)を監護している母、監護し、かつ生計を同じくしている父、又は養育している方。  (ｱ)父母が婚姻を解消し  た児童  (ｲ)父又は母が死亡した  児童  (ｳ)父又は母が重度の障  がい者である児童  (ｴ)父又は母から引き続  き１年以上遺棄され  ている児童  (ｵ)父又は母が引き続き  １年以上拘禁されて  いる児童  (ｶ)母の婚姻によらない  で生まれた児童 | ・戸籍謄本  （本人と児童）  ・請求者の預  金通帳  ・マイナンバ  ーカードなど  マイナンバー  が確認できる  もの（請求者と  児童）  ・請求者及び  児童の保険証  ・請求者の年  金手帳  ・その他個別  のケースによ  り書類の提出  が必要な場合  があります。 | 手当額   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 区分 | 全部支給される者  (月額) | 一部支給される者  （月額） | | 1. 児童１人   のとき | 45,500円 | 45,490円～10,740円の範囲 | | ②児童２人以上のとき | 1. に   10,750円の加算 | 1. に   10,740円～5,380円の範囲で加算 |   支給月　奇数月（各月１１日）  ※所得制限あり  ※毎年８月に現況届を提出する。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 愛知県  遺児手当  （こども課こども保健推進室） | 次の要件の１８歳に達する日以降の最初の３月３１日までの間にある児童を養育している方  (ｱ)父又は母が死亡した児童  (ｲ)父又は母が重度の障がい者である児童  (ｳ)父母が婚姻を解消した児童  (ｴ)父又は母が１年以上行方不明又は拘禁されている児童  (ｵ)父又は母に引き続き１年以上遺棄されている児童  (ｶ)母の婚姻によらないで生まれた児童 | ・戸籍謄本  （本人と児童）  ・請求者の預金通  帳  ・前年の所得証明  書（令和６年１月  1日に東郷町に住  所を有しない方）  ・請求者及び児童  の保険証  ・請求者の年金手  帳  ・その他個別ケースにより書類の提出が必要な場合があります。 | 手当額（児童１人あたり）  支給開始～３年目　月額４，３５０円  ４年目～５年目　月額２，１７５円  支給期間  支給開始（過去の受給歴を含む）から５年間  支給月　奇数月（各月２５日）  ※所得制限あり  ※毎年８月に所得状況届を提出する。  ※年金受給者（見込みを含む）は併給できません。 |
| 東郷町  遺児手当  （こども課こども保健推進室） | 次の要件の18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある児童を養育している方  (ｱ)父又は母が死亡した児童  (ｲ)父又は母が重度の障がい者である児童  (ｳ)父母が婚姻を解消した児童  (ｴ)父又は母が１年以上行方不明又は拘禁されている児童  (ｵ)父又は母に引き続き１年以上遺棄されている児童  (ｶ)母の婚姻によらないで生まれた児童 | ・請求者及び児童  の保険証  ・戸籍謄本  （本人と児童）  ・世帯全員の住民  票  ・請求者の預金通  帳  ・その他個別ケー  スにより書類の提  出が必要な場合が  あります。 | 手当額（遺児１人あたり）  月額２，０００円  支給月　３月（年１回）  ※所得制限なし  ※児童扶養手当、愛知県遺児手当、東郷町遺児手当共通で事実婚（法律婚を含む）又は同様の状況とみなされる場合、認定及び支給は不可となります。 |
| 東郷町  就学援助  （学校教育課） | 小中学校に通う子どもがいる、経済的に困っている保護者 | ・世帯全員の収入  がわかるもの（源  泉徴収票、直近３  か月の給与明細書  など）  ・振込先口座がわ  かるもの（通帳ま  たはキャッシュカ  ード） | 学校で必要な費用（学用品、学校給食費等）の一部を援助します。  支給月　毎月  ※所得制限あり |

**医　療**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 子ども医療費  (保険医療課) | ０歳から１８歳までの子ども（１８歳に達する日以降の最初の３月３１日まで） | ・保険証、資格  確認書等 | 病院等で入院又は外来受診したときの保険診療にかかる自己負担額を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また、部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。 |
| 未熟児養育医療  (保険医療課) | 出生時の体重が2,000ｇ以下等の子ども | ・保険証、資格確認書等  ・医師の意見書  ・世帯全員のマ  イナンバーカー  ド又は個人番号  通知カード  ・本人確認書類 | 出生時からの保険診療に係る入院代の自己負担額及び食事療養費（ミルク代）について助成します。  ただし、県等の指定医療機関が対象となります。  また、退院後の申請はできません。  ※所得により徴収金の負担あり |
| 母子及び父子  家庭医療費  (保険医療課) | 1. １８歳以下の児   童等を現に扶養している母子、父子家庭の親と子   1. 父母のない児童   等で１８歳以下の児童等（１８歳の方にあっては、１８歳に達した日の属する年度の末日まで） | ・保険証、資格  確認書等  ・戸籍謄本（本  人と児童）  ・前年の所得証  明書（令和７年  １月1日に東郷  町に住所を有し  ない方） | 病院等で入院又は外来受診したときの保険診療にかかる自己負担額を助成します。  ただし、高額医療費及び保険給付の支給を受けた方は、その額を除いた額で計算します。  また部屋代、食事代、文書料、健康診断料などの保険給付の対象外のものは助成の対象となりません。  ※所得制限あり  ※毎年度更新手続きが必要 |

**資　金　貸　付**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | 対　象　者 | 手　続 | 内　　容 |
| 母子・父子・  寡婦福祉資金  （こども課こども保健推進室） | 1. ２０歳未満の児童を   扶養している配偶者のない人   1. ２０歳未満の父母の   ない児童  ③配偶者のない女子（寡  婦）  ④①と③が扶養している児童または子 | ・戸籍謄本等  ※事前相談の際に  ご確認ください。 | 母子、父子家庭及び寡婦の方の経済面における自立支援と児童の福祉増進のために必要な資金の貸付を行っています。（修学資金、住宅資金等）  ※事前相談が必要  ※申請から決定（不承認含む）まで時間を要します。 |

**ご　案　内**

**手話通訳者窓口配置**

東郷町役場では、聴覚障がい等により手話によるコミュニケーションが必要とされる方が、来庁された際に手続きや相談を円滑に行うことができるよう、手話通訳者を配置しております。

配置場所：役場１階　福祉課

配置日時：月曜日　午前９時から午後１時

木曜日　午後１時から午後５時

**手話通訳者派遣**

　町では手話を必要とする方が通院する場合や、いろいろな相談・手続きなどで通訳を必要とする場合に、

手話通訳者を派遣する制度があります。（事前のご申請が必要です。派遣を希望される場合は福祉課へご相談下さい。FAX番号：０５６１-３８-７９３２　メールアドレス：tgo-fukushi@town.aichi-togo.lg.jp）

**拡大読書器の設置**

　町立図書館に拡大読書器を設置しています。読みたいものを読書器の上に置くことで、拡大された画像（文字等）がモニターに映し出されます。その他に拡大文字の図書や点字図書もありますので、ぜひご利用ください。

**ヘルプマーク・ヘルプカード**

ヘルプマーク・ヘルプカードとは障がいのある方などが災害時や日常生活の中で困ったときに、周囲に自己の障がいへの理解や支援を求めやすくするためのものです。

対象者：内部障がいや発達障がい・難病の方など、援助や配慮を必要としていることが外見からわからない人、自分から「困った」と伝えることが苦手な人（障害者手帳の有無は問いません）

使い方：カバンにストラップとしてつけたり、ヘルプカードは財布にしまって持ち歩くことができま

す。

配布場所：役場１階　福祉課



**障がい者相談支援センター**

障がい者相談支援センターは、障がいのある方やそのご家族が、安心して地域で生活できるよう相談できる窓口です。福祉サービスの利用についての相談支援、日常生活の困りごとの相談 、指定特定相談支援などお気軽にご利用・ご相談ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 対象者 | 連絡先 | 住所 |
| **東郷町障がい者相談支援センター 「ローゼル」** | 身体障がい又は知的障がいのある方とそのご家族  ※高校生以上の方 | 電話：0561－39－0994  FAX：0561－37－5412  午前9時～午後5時（土曜日曜日、祝日は休み） | 諸輪字北山158番地90  （社会福祉協議会１階） |
| **ファイン相談支援事業所** | 身体障がい又は知的障がい又は精神障がいのある方とそのご家族 | 電話：0561－56－0732  FAX：0561－38－7932  午前9時～午後4時（日曜日、祝日は休み） | 東郷町役場福祉課内 |

**町内の障がい者団体**

障がい者団体では、障がいのある方やそのご家族が、悩みを共有したり、情報交換、レクリエーションなどを行っています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 | 対象 | 活動内容 | 連絡先 |
| **身体障害者**  **福祉協議会** | 身体障害者手帳をお持ちの方など | バス旅行、体操教室、レクリエーション会など | 東郷町社会福祉協議会  電話：0561－37－5411  FAX：0561－37－5412 |
| **にじいろの会** | 知的障がい又は発達障がいがある方とそのご家族 | たいそう教室、料理教室、ウォーキング＆バーベキューなど  保護者向け相談・交流会 | 東郷町社会福祉協議会  電話：0561－37－5411  FAX：0561－37－5412 |

**わたしたちのまちの在宅医療と介護マップ**

在宅療養が必要となった際に役立つ在宅医療や、介護サービスに関する情報のほか、東郷町内の医療機関・司会医機関・薬局・介護サービス事業所について掲載しています。（令和５年１１月時点の情報です。）

問合せ・配布場所：役場１階　高齢者支援課

**とうごうくらしのおうえんガイドブック**

　生活にちょっとした支えが必要になった方が、知っていると便利で役立つ情報を、一冊にまとめたものです。お弁当や日用品等の配達や、訪問・送迎してくれる理美容等の情報を掲載しています。（令和６年９月から１１月にかけて確認した情報です。）

問合せ先：東郷町社会福祉協議会　０５６１－３７－５４１１

配布先　：東郷町社会福祉協議会２階、役場１階　高齢者支援課