補装具の購入・修理について

問い合わせ先 福祉課
TEL (232) 4913 FAX (232) 4923

身体障害者手帳をお持ちの方や難病患者等の方に、身体上の障がいを補うための用具（補装具）の購入・修理費を一部助成します。（一定以上の所得がある世帯は補助対象外となります）

原則として費用の1割は自己負担になりますが、世帯の所得状況等に応じて自己負担金の上限額が設定されています。

- 補装具の購入・修理の助成を受けるには、購入・修理前の申請が必要となります。購入後に領収書添付で申請されても給付できません。
- 補装具の種類により、必要書類が異なります。また、それぞれの対象者や性能、補助の基準額については、細かい基準がありますので、事前にお問い合わせください。
- 介護保険等他の制度により給付が可能な場合にはこの制度の対象となりません。

借受けができる場合

成長にともなって短期間での交換が必要となる場合や、障がいの進行により短期間の利用が想定される場合など、購入より借受けが適切と考えられる場合は、借受けが可能になりました（歩行器、姿勢保持装置等）。

利用者負担の上限額

所得区分	要件（世帯の収入状況）	負担上限月額	備考（付属提出書類等）
生活保護	生活保護世帯	0円・自己負担なし	――
低所得	市町村民税非課税世帯	0円・自己負担なし	――
一般	市町村民税課税世帯	37,200円	障がい者本人又は配偶者のいずれかが町民税所得割46万円以上課税の場合、支給対象外となります。

※「世帯」とは、給付を受ける方が18歳以上の場合は、受給者本人及び同じ世帯の配偶者、18歳未満の場合は、住民票上のすべての方をいいます。
※基準額が定められている補装具については、基準額を超える分は、自己負担となります。



●補装具一覧

種　目	内　容	支給対象者 （身体障害者手帳の目安）
義肢（義手、義足） ※殻構造、骨格構造	切断により四肢の一部を欠損した場合、元の手足の形態又は機能を復元するために、装着、使用する人工の手足。	**肢体不自由** ※対象部位が含まれていること
装具 （下肢、靴型、体幹、上肢）	四肢・体幹の機能障がいの軽減を目的として使用する補助器具。	**肢体不自由** ※対象部位が含まれていること
姿勢保持装置	体幹・股関節等を固定するためのパッド等の付属装置を装備し、安定した姿勢の保持を可能にする機能を有する装置。	**肢体不自由** **四肢（両上下肢）及び体幹機能障がい**
車載用姿勢保持装置	体幹・股関節等を固定させるためのパッド等を装備し、乗車中の姿勢を保持することを可能にする機能を有する車載用の装置	**肢体不自由** **主に体幹機能障がい**
車いす （普通型、手押し型、駆動型など）	歩行機能を失った重度の肢体不自由等の歩行機能を代償する為の移動機器（用具）。	●**肢体不自由（下肢）、体幹1～2級相当** ●**内部障がい（心臓・呼吸器）1級相当** ※詳細はご相談ください。
電動車いす （普通型、簡易型など）	従来の手動式車いすが全く使えないか、あるいはその操作が著しく困難な重度障がい者を対象にしたもので、推進力源をバッテリー電源とする電動機（モーター）の出力による車いす。	●**肢体不自由〔両上肢（重度）＋両下肢又は体幹1～2級相当〕** ●**内部障がい（心臓・呼吸器）1級相当** ※詳細はご相談ください。
歩行器 （六輪型、四輪型、固定型など）	下肢麻痺や下肢筋力低下等のため不安定歩行などがある場合、下肢の支持力を上肢で代償する目的で使用される用具。	**肢体不自由（下肢、体幹）**
視覚障害者安全つえ （普通用、携帯用、身体支持併用）	前方の障がい物に、直接身体がぶつからないように保護し、路面の質や状態を触覚的に知り歩行上の手掛かりとし、足元の段差等を発見する。車の運転手や通行人に視覚障がい者であることを知らせる。	**視覚障がい**
歩行補助つえ （松葉杖、ロフストランド・クラッチ、多点杖など）	手に持って歩行の助けとするもの。	**肢体不自由（下肢、体幹）**

補装具

種目	内容	支給対象者（身体障害者手帳の目安）
補聴器（ポケット型、耳かけ型、耳あな型など）	音を聞き分ける機能が低下した場合に、社会生活に必要な音や言葉を電気的に増幅拡大するなど、聞き取りをよくする調節機能を備えた装置。	**聴覚障がい**
義眼（普通義眼、特殊義眼、コンタクト義眼）	眼球内容除去、眼球摘出を行ったあと、又は疾病のための眼球萎縮及び先天性無眼球による、結膜の嚢の変形を防止し容姿を整えるため用いる。	**視覚障がい**
眼鏡（矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡）	光の眩しさを遮るためや、光線の焦点が網膜で正しく結ばない（異常屈折）場合や、視力が弱いために用いるもの。	**視覚障がい**
重度障害者用意思伝達装置	重度の両上下肢及び音声・言語機能障がい者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な方が使用する装置。	**両上下肢及び音声・言語機能障がい等**

※難病患者の方の場合は症状によって対象種目が異なりますのでお問い合わせください。

申請に必要なもの

- 印鑑
- 身体障害者手帳
- 個人番号が確認できるもの（マイナンバーカードなど）
- 難病患者等であることが確認できるもの（特定疾患医療受給者証など）
- 見積書
- 医師の意見書（補装具の種類に応じて必要になります。書式は福祉課にあります。）

問い合わせ先 福祉課 TEL (232) 4913 FAX (232) 4923

