

身体障害者更生相談所 知的障害者更生相談所 事務ハンドブック

令和7年4月

岡山県福祉相談センター
岡山県身体障害者更生相談所
岡山県知的障害者更生相談所

身体障害者更生相談所

TEL: (086) 235-4577

FAX: (086) 235-4346

Mail: sinsyou@pref.okayama.lg.jp

知的障害者更生相談所

TEL: (086) 235-4316

FAX: (086) 235-4346

Mail: chisyoushou@pref.okayama.lg.jp

身体・療育手帳交付班 : TEL: (086) 235-4065

FAX: (086) 235-4340

〒700-0807 岡山県岡山市北区南方2丁目13-1

目 次

第1部 身体障害者更生相談所

第1章 身体障害	1
第2章 身体障害者更生相談所の役割と業務内容	2
第3章 補装具	4
1 補装具の概要	
2 補装具費の申請から支給事務等について	
3 補装具費に係る利用者負担	
4 他法の補装具交付（給付）制度との関係	
5 介護保険法との関係	
6 岡山県補装具費支給事務 Q&A について	
7 各補装具の解説・対象者及び判定の流れ	
(1) 義肢	
(2) 装具	
(3) 車椅子	
(4) 姿勢保持装置	
(5) 歩行器	
(6) 電動車椅子	
(7) 補聴器	
(8) 人工内耳用音声信号処理装置（修理に限る）	
(9) 眼鏡	
(10) 義眼	
(11) 視覚障害者安全つえ	
(12) 歩行補助つえ	
(13) 重度障害者用意思伝達装置	
資料1 身体障害者用補装具費支給判定要否等一覧表	
資料2 身体障害児用補装具費支給判定要否等一覧表	
資料3 補装具の耐用年数	
資料4 義肢・装具の使用年数（身体障害児）	
第4章 自立支援医療（更生医療）	53
1 自立支援医療（更生医療）の趣旨	
2 自立支援医療（更生医療）の対象	
3 自立支援医療（更生医療）の自己負担の取扱い	
4 他法・医療保険制度等との関係	
5 複数疾病の場合等の取扱い	
6 支給の認定等	
7 判定依頼時等の障害別の留意事項及び対象例	
8 自立支援医療（更生医療）の事務の流れ	
9 判定依頼時の添付書類	
10 自立支援医療（更生医療）判定票等作成要領	

1 1	自立支援医療（更生医療）の適用と身体障害者手帳等級の再認定	
第5章	巡回更生相談	64
1	巡回更生相談	
2	在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業	
第6章	身体障害者手帳	70
1	意義	
2	交付申請	
3	手帳交付事務のフロー図	
4	障害程度の再認定制度について	
5	手帳の居住地変更に伴う事務処理	
6	免疫機能障害の取扱い	
7	手帳の返還について	
8	罰則について	
様式集		100

第2部 知的障害者更生相談所

第1章	知的障害	161
第2章	知的障害者更生相談所の役割と業務内容	162
第3章	療育手帳制度	164
1	目的	
2	交付対象者	
3	判定等	
4	療育手帳の申請方法	
5	療育手帳交付事務の流れ	
6	記載事項変更、再交付申請、返還等の取扱い	
資料1	知的障害者更生相談所業務関連法令集（抜粋）	
資料2	療育手帳に関する県要綱、様式	
資料3	転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項	
資料4	各種参考様式	

第3部 相談・支援・関連福祉サービス

第1章	一般相談・支援機関	205
1	相談・関係機関	
2	指定相談支援事業所	
3	障害児等療育支援事業実施機関	
4	障害者総合支援法に基づく協議会	

第2章 就労相談・支援機関	210
第3章 障害者虐待防止法	212
第4章 手当・年金等の支給	217
第5章 医療費の助成	218
第6章 その他の主なサービス	219
1 旅客運賃等割引制度	
2 税の控除等	
3 住宅	
4 NHK放送受信料の減免	
5 公共施設等の入場料の減免	
6 駐車禁止除外	
7 携帯電話割引サービス	
8 「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証制度	

第4部 関連事項

第1章 精神障害者保健福祉手帳	228
第2章 関連する障害	229
1 発達障害	
2 高次脳機能障害	
3 医療的ケア児	
第3章 岡山県難聴児補聴器交付事業実施要領	231
第4章 福祉サービス利用申込及び情報提供に係る取扱要領	234
第5章 療養介護及び医療型障害児入所施設の利用申込 及び情報提供に係る取扱要領	236
第6章 関係行政機関一覧	242
1 県民局健康福祉部	
2 県所管児童相談所	
3 福祉事務所、市町村福祉相談窓口（身体障害・知的障害）	
4 岡山市	
5 年金事務所	
6 公共職業安定所	

第1部

身体障害者更生相談所

第1章 身体障害

1 はじめに

昭和25年4月に身体障害者福祉法が施行され、当初は軽度障害者の職業的更生を中心とした施策が行われていたが、その後重度障害者を対象とした施策も進められ、時代の変遷とともに数々の施策が実施されることとなった。その後、都道府県が行っていた身体障害者更生援護事務が市へ委譲されるとともに、平成5年4月には町村に委譲されたことにより、住民に最も身近な市町村で福祉サービスをきめ細かく一元的、計画的に提供できる体制が整備されることとなった。

平成15年4月に、身体障害者の福祉サービスの利用の仕組みが「措置制度」から「支援費制度」に移行し、この制度の実施により潜在的なニーズが掘り起こされ、福祉サービスの利用者が増加するなど障害者に対する支援は大きく前進したが、その一方でサービス費用の増大や身体障害者・知的障害者・精神障害者の各対象者間におけるサービス格差が課題となった。こうした背景を受け、「障害者基本法」を基本理念とし障害種別ごとの枠組を超えた「障害者自立支援法」が平成17年11月に制定され、平成18年4月から順次施行されたことにより、身体障害者福祉法により実施されていた更生医療、補装具、日常生活用具などの身体障害者福祉サービスは障害者自立支援法により実施されることになり、障害福祉に関する制度は大きく変わった。

障害者自立支援法は施行後様々な課題が指摘され、平成22年12月には、障害者自立支援法が一部改正され、利用者負担を含めた福祉サービス等の見直しが行われるなど、課題に対して順次対応がなされた。平成23年8月には、障害者基本法が一部改正され、法施行後6年が経過した平成24年6月に、障害者自立支援法は、地域社会における共生の実現へ向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援することを目的として、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下「障害者総合支援法」という。）に改正され、新たに難病を障害者の範囲に加えるなどの改正を行い、平成25年4月から施行された。

2 身体障害者の定義

身体障害者とは、身体障害者福祉法に定められた「身体障害者障害程度等級」に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。
(身体障害者福祉法第4条)

3 身体障害者福祉法の目的

この法律は、障害者総合支援法と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。
(身体障害者福祉法第1条)

4 援護の実施者

この法律に定める身体障害者又はその介護を行う者に対する援護は、その身体障害者の居住地の市町村が行うものとする。
(身体障害者福祉法第9条)

5 身体障害者福祉法の対象

この法律は、施行時には視覚障害、聴覚又は平衡機能の障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害、肢体不自由を対象としていた。その後、昭和42年に心臓・呼吸器の機能障害、昭和47年に腎臓の機能障害、昭和59年にぼうこう又は直腸機能障害、昭和61年に小腸機能障害、平成10年にヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害、平成22年4月に肝臓機能障害が、それぞれ内部障害として対象範囲となった。

第2章 身体障害者更生相談所の役割と業務内容

身体障害者更生相談所は、身体障害者の更生援護の利便を図り、また市町村に対して援護の適切な実施を支援するための専門的・技術的な機関として身体障害者福祉法第11条により都道府県に設置が義務付けられている行政機関である。

なお、政令指定都市については身体障害者福祉法に設置規定はないが、地方自治法施行令において設置できることになっている。

1 障害者総合支援法に定められた役割

身体障害者更生相談所は身体障害に関する専門機関として、以下のような役割が定められている。

(1) 支給要否決定等に関すること

- ① 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認める時は、… [中略] …身体障害者更生相談所 … [中略] …その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。
(第22条第2項)
- ② 市町村審査会、身体障害者更生相談所等又は前項の厚生労働省令で定める機関は、同項の意見を述べるに当たって必要があると認めるときは、当該支給要否決定に係る障害者等、その家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。
(第22条第3項)

(2) 市町村への指導・援助に関すること

都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村が行う… [中略] …業務に関し、その設置する身体障害者更生相談所等による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。
(第26条第1項)

(3) 自立支援医療の支給

- ① 市町村は、支給認定又は自立支援医療費を支給しない旨の認定を行うに当たって必要があると認めるときは… [中略] …身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。
(第74条第1項)
- ② 都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村が行うこの節の規定による業務に関し、その設置する身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。
(第74条第2項)

(4) 補装具費の支給

市町村は補装具費の支給に当たって必要があると認めるときは… [中略] …身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。
(第76条第3項)

2 主な業務内容

岡山県身体障害者更生相談所は、身体障害者福祉法の第11条第2項、3項、第15条第4項に基づいて次の業務を行っている。

- ①身体障害者に関する専門的な知識及び技術を必要とする相談及び指導業務
- ②身体障害者の医学的、心理学的及び職能的判定ならびに補装具の判定・処方及び適合判定、自立支援医療（更生医療）の判定業務
- ③市町村が行う援護の実施に関し、市町村に対する専門的技術的支援、情報提供、市町村相互間の連絡調整、市町村職員に対する研修、その他必要な援助及びこれらに付随

する業務

- ④地域リハビリテーションの推進に関する業務
- ⑤身体障害者手帳の交付に関する業務

(1) 定例来所相談

相談内容に応じて下記の日程のとおり実施している。

定例来所相談実施日

相談区分	相談・判定日	受付時間	審査時間
肢体不自由	毎月 第1・2・4水曜日	12時～14時 11時(電動車椅子)	13時～14時
聴覚障害 そしゃく機能障害	毎月 第1金曜日	9時～11時	10時～11時

- ・来所による相談は、原則として予約制とする。
- ・相談者には、受付時間内に来所するよう伝えること。
- ・聴覚障害の補装具費の支給判定のうち、耳あな型補聴器、特例補装具は来所判定が必要である。

(2) 巡回更生相談

来所困難な遠隔地等の障害者のニーズに応えるため、肢体不自由、聴覚障害を対象に身体障害者等巡回更生相談を実施している(64頁参照)。

なお、巡回更生相談は、原則として開催日の1週間前までの予約制とする。

(3) その他の相談等業務

自立支援医療(更生医療)の判定業務、身体障害者手帳の交付等を行っている。

また、当所が実施する定例来所相談、巡回更生相談を利用できない在宅の重度身体障害者(肢体不自由者に限る)及び難病患者のニーズに応え、障害者の自立と社会参加を図るため、在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業を実施している(67頁参照)。

第3章 補装具

1 補装具の概要

(1) 補装具とは

身体障害者のリハビリテーションの重要な柱の一つである代償能力の獲得は、身体の一部の欠損や機能障害による能力低下等を他の方法で代行しようとするもので、その手段の一つとして補装具が使用される。補装具とは、次の基準で示されている要件を満たすもので、障害者総合支援法で定められたものをいう。

[法第5条第25項に規定される厚生労働省令で定める補装具の基準]

- ① 障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること。
- ② 障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労若しくは就学のために、同一製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること。
- ③ 医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること。

(障害者総合支援法施行規則第6条の20)

[障害者総合支援法]

第5条第25項

補装具とは、障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用されるもの、その他厚生労働省令で定める基準に該当するものとして、義肢、装具、車いすその他の厚生労働大臣が定めるものをいう。

[補装具費支給事務取扱指針]

第1 基本的事項

1 補装具費支給の目的について

(1) 補装具は、身体障害者、身体障害児及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「身体障害者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用される用具であり、身体障害者及び18歳以上の難病患者等（以下「身体障害者」という。）の職業その他日常生活の効率の向上を図ることを目的として、また、身体障害児及び18歳未満の難病患者等（以下「身体障害児」という。）については、将来、社会人として自立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであり、市町村は、補装具を必要とする身体障害者・児に対し、補装具費の支給を行うものである。

(2) 補装具費の支給対象者

身体障害者手帳の交付を受けた者又は、身体障害児・難病患者等で、補装具費の支給が必要であると認められる者とする。

(3) 補装具費の支給対象種目

障害者総合支援法（第5条第25項）に規定する厚生労働大臣が定める補装具の種目は、義肢、装具、姿勢保持装置、視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡、補聴器、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）、車椅子、電動車椅子、車載用姿勢保持装置、起立保持具、歩行器、排便補助具、歩行補助つえ、重度障害者用意思伝達装置である。

ただし、起立保持具、排便補助具は身体障害児に限る。

(4) 補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準

障害者総合支援法の第5条第25項及び第76条第2項の規定に基づき、具体的には、平成18年9月の「厚生労働省告示（第528号）」により、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」が定められている。

基準に定める価格は、補装具の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案のうえ、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要がある。

(5) 借受けについて

補装具は、身体障害者・児の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、購入することが原則である。このため、補装具の借受けについては、障害者総合支援法及び障害者総合支援法施行規則において、「借受けによることが適当である場合」として、次の場合に限るとしている。

- ① 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
 - ② 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
 - ③ 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合
- 借受けの対象となる種目については、告示において、ア義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品、イ重度障害者用意思伝達装置の本体、ウ歩行器、エ車載用姿勢保持装置と規定しており、上限価格についても、購入又は修理と同様に規定している。

（補装具費支給に係るQ&A（平成30年5月11日事務連絡Q1～3, 6, 11参照））

(6) 特例補装具

特例補装具とは、身体障害者（児）の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」に定める名称、型式、基本構造等によることができない補装具をいう。

なお、購入又は修理に要する費用を支給する必要がある場合の取扱いは次のとおりとする。

- ① 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、身体障害者は身体障害者更生相談所、身体障害児は指定自立支援医療機関の判定等に基づき市町村が決定する。
- ② 身体障害児に係る特例補装具の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を身体障害者更生相談所に求めることができる。
- ③ 制作要素等が告示上限価格を超えることのみをもって特例補装具として取り扱うことは適切ではない。
- ④ 特例補装具を支給した場合、真に必要なものであったかの確認のために、支給後の使用状況についても確認の上、記録すること。

【特例補装具費の支給の留意事項】

- ① 身体障害者（児）の年齢、生活状態及び生活環境、職業等を調査するとともに、支給の必要性、厚生労働省告示に規定されている補装具の範囲内で対応できない理由又は付加する機能や付属品の有用性について十分検討すること。
- ② 補装具費の支給は、厚生労働省告示に定められた補装具の種目に該当するものに限られており、たとえ特例補装具費の支給であっても、補装具の種目に該当しないものを支給することは認められていない。

2 補装具費の申請から支給事務等について

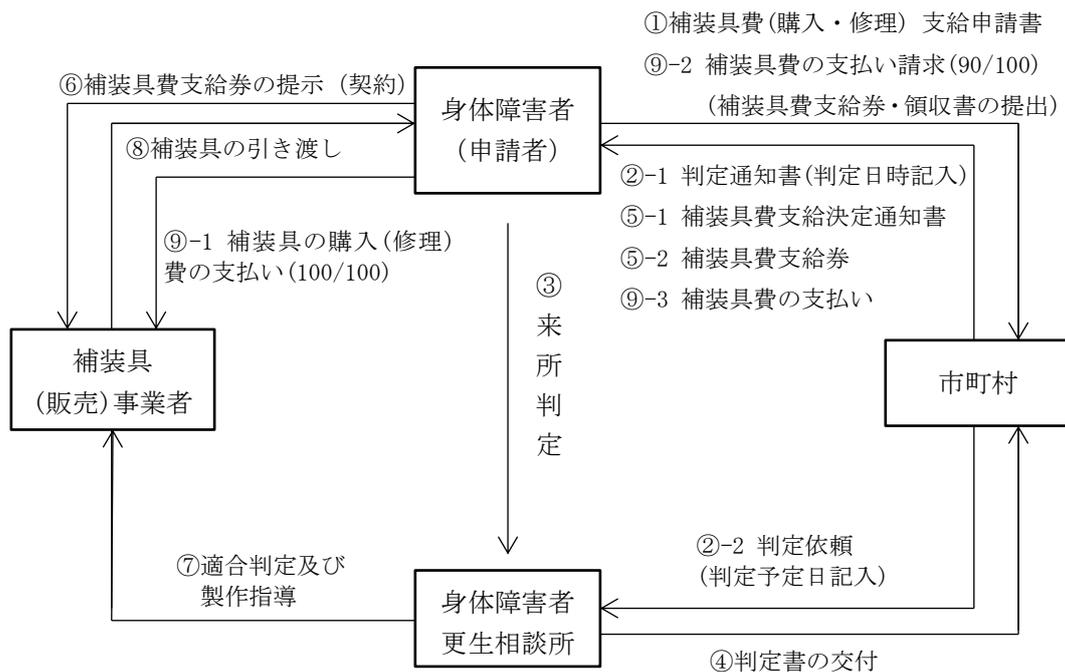
(1) 身体障害者に対する補装具費の支給までの手順

補装具費支給の方式は原則として償還払い方式であるが身体障害者の利便を考慮して代理受領方式も認められている。償還払い方式及び代理受領方式の補装具費の支給までの手順は、おおむね次のとおりである。

なお、各補装具に関する判定の具体的な流れについては、各補装具を参照のこと。

ア 償還払い方式

償還払い方式は、申請に基づき、補装具の購入又は修理が必要と認められた場合は、市町村がその費用を補装具費として支給する方式である。



補装具費の支給事務の流れ（償還払い方式、来所判定が必要な場合）

(7) 申請受理

市町村は、申請者から①補装具費（購入・修理・借受け）支給申請書〔補装具・様式1〕の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受理した場合は、調査書〔補装具・様式7〕を作成する。

(イ) 身体障害者更生相談所による判定

市町村は、補装具費の支給について、医学的判定等が必要と認められる場合には身体障害者更生相談所に支給の要否、処方について判定を求める。この際、市町村は申請者に②-1判定通知書〔補装具・様式3〕を送付し、②-2判定依頼書〔補装具・様式2〕により身体障害者更生相談所に判定依頼を行う。

なお、当該申請が借受けに係るものである場合は、市町村は、借受けに関する申請者の意向をよく聴取したうえで、調査書〔補装具・様式7〕、判定依頼書〔補装具・様式2〕に申請者の意向を記入する。

判定依頼を受けた身体障害者更生相談所は、③申請者の来所あるいは巡回更生相談等により補装具支給の要否及び処方について判定を行い、その結果を市町村へ④判定書として通知する。（49頁の資料1「身体障害者用補装具費支給判定要

否等一覧表」を参照)

(ウ) 支給の決定

市町村は、判定書等により補装具費の支給を決定したときは、申請者に対し、速やかに、⑤-1 補装具費支給決定通知書[補装具・様式5]及び⑤-2 補装具費支給券 [補装具・様式6(1)]を交付する。

借受けに係る補装具費の支給決定に当たっては、あわせて借受け期間についても決定する。また、借受け期間中は毎月補装具費を支給するが、支給決定の際は、借受けを行う一月目のみ、申請者に対し、速やかに補装具費支給決定通知書 [補装具・様式5]及び補装具費支給券 [補装具・様式6(1)から(3)]を交付する。その際、補装具費支給券 [補装具・様式6(2)]については、借受け期間の月数分を交付する。支給決定の際に決定した借受け期間が終了するにあたっては改めて更生相談所において、購入が可能か、借受けを継続するかの必要性を判断することになるため、再度、更生相談所による判定、支給決定の手続きを行う。

借受けに係る補装具の交換までの期間については、最長1年を原則とする。ただし、市町村及び更生相談所が必要と判断すれば、概ね1年ごとに再判定、支給決定を行うことにより、交換までの期間を最長3年程度とすることができる。支給決定に当たっては、耐用年数や想定される使用期間等を踏まえ、借受けの必要性を判断すること。

また、その申請の却下を決定したときは、「補装具費支給却下決定通知書」により、理由を付して申請者に通知する。

(エ) 購入・修理・借受け

補装具費支給決定通知書を受け取った申請者は、補装具事業者に補装具費支給券を提示するとともに契約を締結したうえで、補装具の購入又は修理・借受けを行う。

(オ) 補装具費の支給（購入・修理）

a 補装具の購入又は修理に要した費用の支払い（⑨-1）

補装具事業者は、申請者に補装具の引き渡しを行う（⑧）。その際、補装具の購入又は修理に要した費用の支払いを受け、領収書を発行する。

b 補装具費の請求（⑨-2）

申請者は、補装具費支払い請求書に領収書及び補装具費支給券を添えて、補装具の購入又は修理に通常要する費用の額の100分の90（利用者負担の減免認定を受けた場合は当該減免額を差し引いた額）に相当する額を市町村に請求する。

(カ) 補装具費の支払い（⑨-3）

市町村は、申請者から請求書等の提出があった場合は、審査のうえ補装具費の支払いを行う。

(キ) 補装具費の支給（借受け）

a 補装具の借受けに要した費用の支払い（⑨-1）

借受けに係る補装具については一月毎に借受けに要した費用について支払いを受け、領収書を発行する。

なお、借受けの単位は暦月であるが、その月の途中で借受けを開始した場合又は終了した場合は、日割り計算により借受けに係る補装具費が支払われるものであること。その場合、借受けの開始日は補装具費支給券 [補装具・様式6(1)]の「受領日」であり、終了日は補装具費支給券 [補装具・様式6(3)]の「返却日」であること。

b 補装具費の請求 (⑨-2)

借受けに係る補装具費支給対象者等は交付を受けた領収書及び、借受けを行う一月目にあつては補装具費支給券 [補装具・様式6 (1)]を、一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあつては補装具費支給券 [補装具・様式6 (2)]を、借受け期間の最終月にあつては補装具費支給券 [補装具・様式6 (3)]を添えて、市町村に請求する。

c 補装具費の支払い (⑨-3)

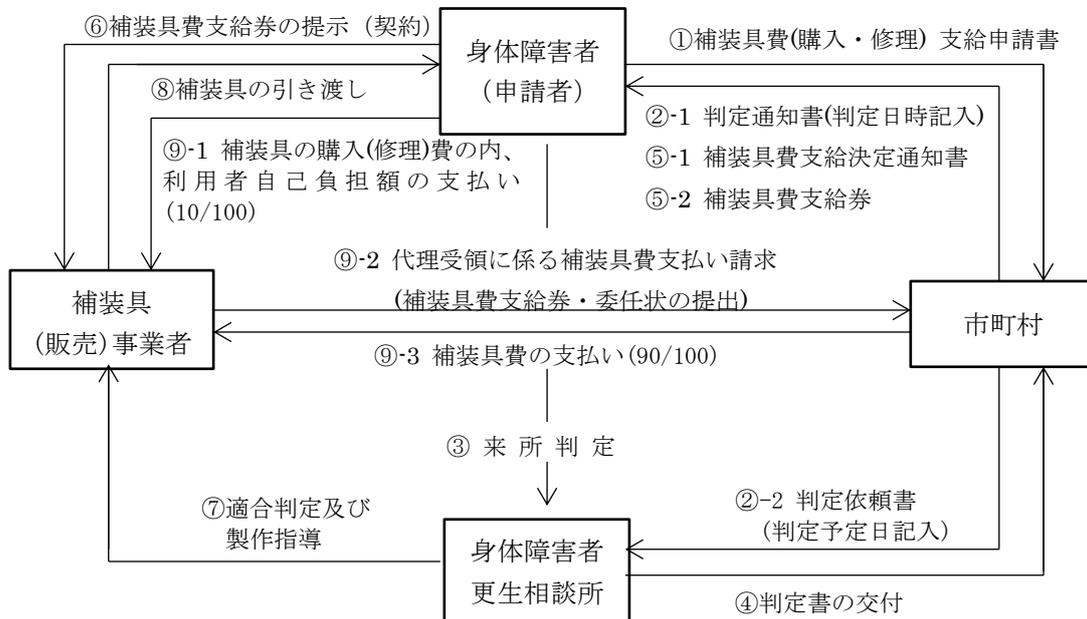
市町村は、申請者から請求書等の提出があつた場合は、審査のうえ補装具費の支払いを行う。

また、借受けの場合における借受け期間の二月目以降は、補装具費支給対象者等からの請求をもって、借受けに係る補装具費の支払いを行う。借受けを行った補装具の返却については、市町村は、借受け期間の最終月に補装具費支給券 [補装具・様式6 (3)]の提示を求め、借受けを行った補装具が故障等なく補装具事業者へ返還されたことを確認する。

イ 代理受領方式

代理受領方式は、申請者が補装具事業者へ支払うべき補装具の購入又は修理、借受けに要した費用について、市町村が補装具費として申請者に支給すべき額の限度において、申請者に代わり、補装具事業者へ支払う方式である。

なお、代理受領の条件として、申請者が希望する補装具事業者と市町村との間で代理受領について、登録・契約等に基づき合意していること、また、申請者が補装具事業者へ代理受領を委任していることが前提となる。



補装具費の支給事務の流れ (代理受領方式、来所判定が必要な場合)

(ア)～(オ) 申請受理から購入・修理・借受けまでは償還払い方式の(ア)～(オ)と同じ

(カ) 補装具費の支給 (購入・修理)

a 補装具の購入又は修理に要した費用の支払い (⑨-1)

補装具事業者は、補装具の引き渡しの際に申請者から利用者負担額の支払いを受け、領収書を発行するとともに、補装具費支給券の引き渡しを受ける。

b 補装具費の請求 (⑨-2)

補装具事業者は、代理受領に係る補装具費支給請求書に、代理受領に関する委任状及び補装具費支給券を添えて、補装具の購入又は修理に通常要する費用から利用者負担額を差し引いた額を市町村に請求する。

c 補装具費の支払い (⑨-3)

市町村は、補装具事業者から請求書等の提出があった場合は、審査のうえ補装具費の支払いを行う。

(※)補装具費の支給 (借受け)

a 補装具の借受けに要した費用の支払い (⑨-1)

補装具事業者は、補装具の引き渡しの際に申請者から利用者負担額の支払いを受け、領収書を発行するとともに、補装具費支給券の引き渡しを受ける。

b 補装具費の請求 (⑨-2)

借受けに係る補装具費支払請求書については、借受けを行う一月目にあつては代理受領に対する委任状及び補装具費支給券 [補装具・様式 6 (1)] を、一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあつては補装具費支給券 [補装具・様式 6 (2)] を、借受け期間の最終月にあつては補装具費支給券 [補装具・様式 6 (3)] を借受けに係る補装具費支払請求書に添えて市町村に提出する。

なお、借受け期間中、補装具費支給対象者と補装具事業者との間の委任関係が解消した場合には、補装具費支給対象者等とともに、その旨を報告する。

c 補装具費の支払い (⑨-3)

市町村は、補装具事業者から請求書等の提出があった場合は、審査のうえ補装具費の支払いを行う。

また、借受けの場合における借受け期間の二月日以降は、補装具事業者からの請求をもって、借受けに係る補装具費の支払いを行う。

(2) 身体障害児に対する補装具費支給の決定

身体障害児に対する補装具費支給については、別表「補装具費支給意見書を作成する医師の要件について」(10 頁) に示す医師の作成した補装具費支給意見書 [補装具・様式 11] (人工内耳用音声信号処理装置 (修理に限る) の場合は補装具支給意見書 [補装具・様式 11] 及び人工内耳用音声信号処理装置確認票 [補装具・様式 16]、眼鏡、義眼の場合は補装具費支給意見書 (眼科用) [補装具・様式 12]、重度障害者用意思伝達装置の場合は補装具費支給意見書 (重度障害者用意思伝達装置用) [補装具・様式 14]) によって市町村が判断し支給する。特例補装具については、指定自立支援医療機関若しくは保健所の医師が作成した補装具費支給意見書 [補装具・様式 11] を用いて市町村が判断の上支給決定する。

なお、申請に係る身体障害児が補装具の購入又は修理、借受けを必要とする者であることを身体障害者手帳によって確認することができる場合は、補装具費支給意見書の添付を省略して申請させることができる。

また、市町村の支給決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、身体障害者更生相談所に助言を求めることができる。

さらに、身体障害児に係る補装具処方箋は、身体障害者用で使用している処方箋を使用することができる。

(3) 難病患者等に対する補装具費支給の判定

原則として、身体障害者・児の手続きに準ずるものとするが、支給申請の受理にあたり、障害者総合支援法に規定する対象疾病に該当するか否かについては、医師の診

断書又は特定疾患医療受給者証、各種意見書により確認すること。

なお、18歳以上の難病患者等について、補装具費支給意見書〔補装具・様式11〕を作成することのできる医師については、原則として別表「補装具費支給意見書を作成する医師の要件について」に示す医師とする。ただし、特段の事情等がある場合、本人の状況をよく把握している主治医等として差し支えない。

判定依頼に添付する書類は、「〔資料1〕身体障害者用補装具費支給判定要否等一覧表」(49頁)を参照すること。

補装具費支給意見書〔補装具・様式11〕により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合には、調査書〔補装具・様式7〕を作成するとともに、更生相談所の判定を要する種目にあつては、判定依頼書〔補装具・様式2〕により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼し、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応に努めること。

(難病患者等における地域生活支援事業等の取扱いに関するQ&A(平成25年3月15日事務連絡)、補装具費支給に係るQ&A(令和元年8月8日事務連絡Q4)、補装具費支給事務取扱指針(令和6年3月29日一部改正、第2の2-3(1))参照)

(別表) 補装具費支給意見書を作成する医師の要件について

	身体障害者	身体障害児		難病患者等 (特例を除く)
		特例補装具以外	特例補装具	
①身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 (日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医)	○	○	—	○
②指定自立支援医療機関の医師(日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医)	○	○	○	○
③国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を終了している医師	○	○	—	○
④上記と同等と認める医師	○	○	—	○
⑤保健所の医師	—	○	○	○
⑥難病法第6条第1項に基づく指定医	—	—	—	○

※④は補装具費支給意見書のみで市町村が判断する種目に限る。

18歳未満の難病患者等で特例補装具の場合は、身体障害児に準ずる。

電動義手の補装具費支給意見書については①及び③の要件を満たす医師に限る。

[市町村が補装具費を支給するに当たっての主な留意事項]

①補装具について

補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握する。

②他法優先

障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱う。

(13 頁の 4 「他法の補装具交付（給付）制度との関係」参照)

③補装具事業者についての情報提供

申請者が適切な補装具事業者を選定することができるよう必要となる情報を提供する。情報提供は、補装具事業者の経歴や実績等を勘案し、安定的かつ継続的に販売、貸付け又は修理を行うことが可能であるか等について十分に検討の上行う。

④支給対象となる補装具の個数

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として 1 種目につき 1 個であるが、身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等真に必要なと認めた場合は 2 個を支給することができる。(補装具費支給に係る Q&A (平成 22 年 10 月 19 日事務連絡 Q2, 平成 26 年 3 月 31 日事務連絡 Q2, 3, 令和 5 年 1 月 6 日事務連絡 Q2) 参照)

⑤補装具の耐用年数及び使用年数

補装具は種目や型式によって耐用年数及び使用年数（以下「耐用年数等」という。）が決めており、耐用年数等は、通常の装着等の状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものである。補装具を使用する者の障害の状況、使用状況等によってはその実耐用年数には相当の長短が予想されるので、再支給の際には実情に沿うよう十分配慮する。

なお、災害等本人の責任によらない事情により亡失・毀損した場合には、新たに必要と認める補装具費を支給することができる。

また、身体障害児に係る義肢、装具については、成長等による特殊性を考慮し耐用年数にかえて年齢によって使用年数を定めているが、成長速度や使用環境等の心身の発育家庭の特殊性を考慮の上、柔軟に対応すること。

(51 頁「[資料 3] 補装具の耐用年数」、52 頁「[資料 4] 義肢・装具の使用年数」、補装具費支給に係る Q&A (令和 5 年 1 月 6 日事務連絡) Q4 参照)

⑥補装具費の差額自己負担

補装具支給の必要性を認める補装具について、その種目、名称、型式等が支給要件を満たす場合で、使用者本人が希望するデザイン、素材等に加え、自走用車椅子及び電動車椅子にあっては介助者のみを使用する機能の追加により基準額を超えることとなる場合は、追加する当該機能が使用者の身体機能の補完及び適合に影響を与えないと認められる場合に限り、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることができる。

⑦補装具の修理又は再支給について

修理又は再支給申請時には実際に使用している補装具及び支給履歴を確認し、以下の点に留意すること。

<修理>

- ・支給履歴を確認し、直近に支給された補装具を使用している場合に修理対象となる。
- ・自費で購入した補装具でも購入基準に合致すれば修理対象となりうる。

<再支給>

- ・支給履歴において、直近に支給された補装具の支給時期を確認するとともに、障害状況の変化、耐用年数、利用状況を踏まえて判断する。

<複数支給>

- ・同一種目について2個支給している場合には、支給履歴において、それぞれの補装具ごとの支給時期、利用状況等を把握し、複数支給の趣旨に沿って再支給又は修理の必要性を適切に判断する。

⑧修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合は、他の類似種目の修理部位等を参考とし、又はそれらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づく適正な額を決定し、修理に要する費用として支給することができる。

借受け期間中における通常の使用の範囲内での故障と判断される場合は、当該故障が生じた月について、借受けに係る補装具費にその修理に要する費用を加えて算定する。

(補装具費支給事務取扱指針(令和6年3月29日一部改正)参照)

3 補装具費に係る利用者負担

利用者の負担は、世帯の所得に応じた負担（一月あたりの負担上限額あるいは、補装具の購入又は修理、借受けに要する費用の10/100に相当する額のいずれか低い方）となっている。一定所得以上の世帯に属する場合（本人又は配偶者の市町村民税所得割額が46万円以上の場合）は補装具費の支給対象外となる。

負担上限月額		
区分	世帯の状況	負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般	市町村民税課税世帯	37,200円

なお、平成24年4月より障害福祉サービスの利用者負担額との合計が37,200円を超えた場合、対象となる世帯は申請により高額障害福祉サービス等給付費として支給される。

4 他法の補装具交付（給付）制度との関係

補装具の交付（給付）制度は、障害者総合支援法以外に医療保険制度、業務災害補償制度、戦傷病者特別援護制度等に設けられているが、各制度により給付の手続き、対象者及び給付される補装具の種目等が異なっている。

なお、障害者総合支援法の規定で補装具の給付等が受けられる場合でも、他制度で同様の給付等が受けられる場合は、他制度による給付等が優先して行われる。

(1) 医療保険制度

治療の段階で必要な装具（治療用装具）や義足（訓練用義足）等は、国民健康保険法、健康保険法、高齢者の医療確保に関する法律（後期高齢者医療制度）各種組合法等の療養費払いにより支給される。

障害者総合支援法で支給対象とされる補装具は、治療や訓練が終了した後に、職業その他日常生活の効率の向上を図るために使用する更生用の補装具である。そのため、治療上製作される装具等は治療用装具とみなされ障害者総合支援法の補装具費の支給の対象にはならない。（治療用装具に係る療養費の支給の留意事項等について（令和5年3月17日保医発0317第1号）参照）

(2) 業務災害補償制度

業務上の事由に起因する疾病及び障害への補償として行われる制度で、労働者災害補償保険法、公務員災害補償法等がある。これらにおいては、治療段階では、医療保険制度と同様に治療用装具等の療養費払いを行うとともに、症状固定後において一定の障害を有する者に労働福祉事業として義肢、装具、その他の補装具を給付している。（義肢等補装具の支給について（平成18年6月1日基発第0601001号）参照）

(3) 戦傷病者特別援護制度

戦傷病者に補装具が交付される制度で、国家補償であり申請者に対する費用徴収はない。交付については、身体障害者更生相談所等の判定に基づき決定している。

なお、問い合わせは県子ども・福祉部福祉企画課援護班あてに行う。（戦傷病者特別援護法の規定に基づく補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準の改正について（昭

和 60 年 9 月 26 日援発第 553 号) 参照)

5 介護保険法との関係

(1) 障害者総合支援法による補装具費の支給と介護保険法による福祉用具貸与との関係

介護保険法による福祉用具は、一定の要件に該当する場合に在宅サービスとして貸与が受けられる。65 歳以上（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 7 条第 3 項 2 号に規定する特定疾病による場合は、40 歳以上 65 歳未満）の身体障害者であって要介護状態等に該当する者が、介護保険法による福祉用具と共通する補装具[**車椅子、電動車椅子、歩行器、歩行補助つえ（つえを除く）**]を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として障害者総合支援法においては補装具費の支給をしない。

ただし、介護保険により貸与される福祉用具（車椅子等）であっても、当該用具をオーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、これらの種目についても、障害者総合支援法による補装具費を支給することができる。（介護保険による福祉用具貸与と補装具給付制度との適用関係について（平成 12 年 12 月 25 日障企第 64 号）、障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（平成 19 年 3 月 38 日障企発第 0328002 号、障障発第 0328002 号、一部改正 平成 23 年 9 月 28 日障企発第 0928 第 2 号、障障発第 0928 第 2 号を参照）

[留意事項]

- ① 身体障害者が補装具費の支給を受けようとする場合は、介護保険制度の趣旨や介護保険制度と障害者総合支援法との関係について十分説明をすること。
- ② 介護保険法による福祉用具と共通する補装具費の支給を希望する身体障害者が他のサービス利用を希望していない場合であっても、要介護認定申請を行っていない場合には、認定申請を行うよう本人に理解を求めること。
ただし、当該身体障害者が、身体の状況等からみて明らかに既製品の福祉用具の貸与では対応できない場合は、5 の(1)のただし書きの取扱いによることとなる。

特定疾病一覧表

- ① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びびパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(2) 障害者総合支援法と介護保険の被保険者に係る生活保護法(介護扶助)との適用関係

障害者総合支援法の補装具費支給と介護保険の被保険者に係る生活保護法(介護扶助)の福祉用具の給付との適用関係については、「平成19年3月29日社援保第0329004号厚生労働省社会・援護局保護課長通知」により、介護保険及び介護扶助が障害者総合支援法に優先される。

ただし、40歳以上65歳未満の医療保険未加入者であって、介護保険の特定疾病により要介護又は要支援状態にある者は、障害者総合支援法が介護扶助に優先される。

福祉用具(車椅子等)にかかる障害者総合支援法と介護保険法及び生活保護法と適応関係

施策 福祉器具	生活保護			生活保護以外
	40歳以上65歳未満(特定疾病)		65歳以上	65歳以上及び40歳以上65歳未満(特定疾病)
	医療保険未加入者	医療保険加入者		
オーダーメイドが必要な福祉用具	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法
既製品で対応可能な福祉用具	障害者総合支援法	介護保険 介護扶助	介護保険 介護扶助	介護保険

6 各補装具の解説・対象者及び判定の流れ

(1) 義肢

義肢とは、切断等により四肢の一部を欠損した場合に、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である。上肢の切断者に用いる義肢を義手、また下肢の切断者に用いる義肢を義足という。

義肢は、医療保険制度において訓練用仮義足（足根中足義足、足指義足は除く）又は仮義手（能動義手のみ）として製作される。

更生用は、治療や訓練が修了した後、補装具費として支給対象となる。

義肢を構造、機能及び切断部位によって分類すると次のようになる。

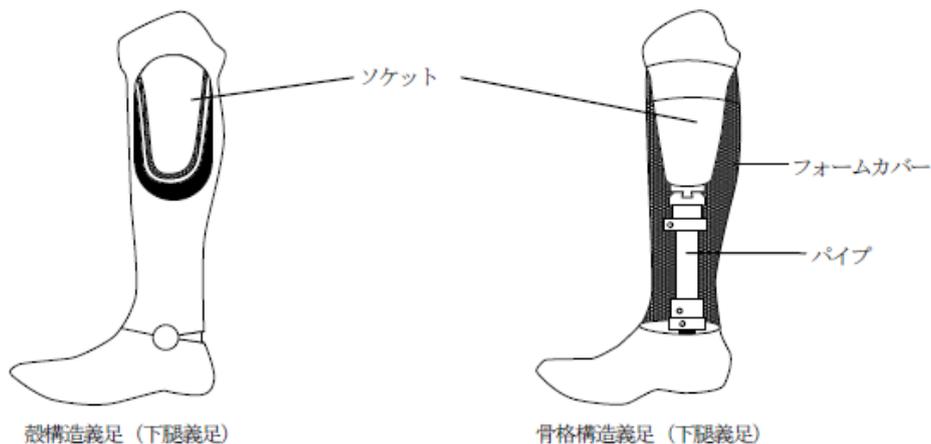
ア 構造による分類

(ア) 殻構造義肢

甲殻類の肢体の構造と同様に義肢に働く外力を殻で負担し、同時にこの殻の外形が手足の外観を整える構造の義肢。

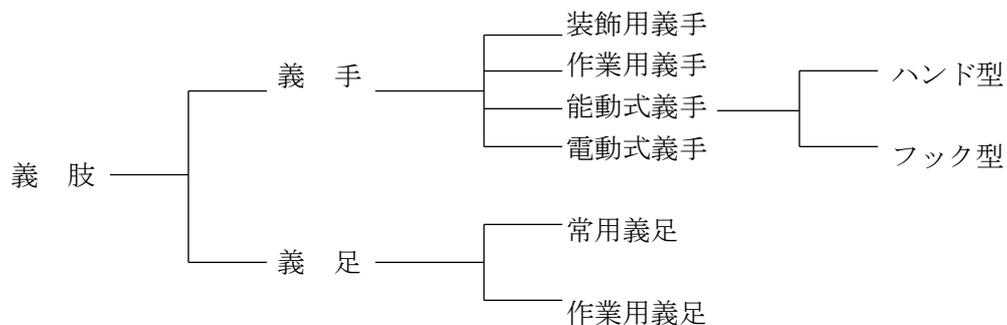
(イ) 骨格構造義肢

人間の手足の構造と同様に義肢の中心軸にあるパイプ・支柱などで外力を負担しプラスチックフォームなどの軟材料の成形品を被せて外観を整える構造の義肢。



イ 機能による分類

義肢は機能により次のように分けられる。



義肢を義手（上肢義肢）と義足（下肢義肢）に分けて説明すると以下となる。

(7) 義手

・装飾用義手

外観の復元を第一に考え、軽量化と外観を整えた義手。

・作業用義手

農耕山林作業や、工業関係の重作業にも適するように、機能を優先して頑丈に製作した義手。作業に応じて、専用の手先具を交換して使用する。

・能動式義手

主として、上肢帯あるいは体幹の運動を、義手手先具や継手の制御のための力源を利用し、コントロールケーブルを介して専用の手先具や継手を操作する構造の義手。

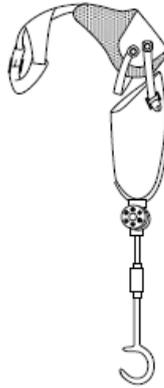
手先具は、能動ハンドと能動フックがある。

・電動式義手

義手の継手及び手先具の操作力源に小型電動機を用い、筋電位によって制御する義手の総称。



装飾用前腕義手



作業用上腕義手



能動式上腕義手

(4) 義足

・常用義足

日常生活において使用しうる機能と外観を整えた義足。

・作業用義足

主として、農耕作業その他の重作業に適するように製作した義足で、外観の復元は第二次的に考えた義足。



常用義足（下腿PTB式義足）



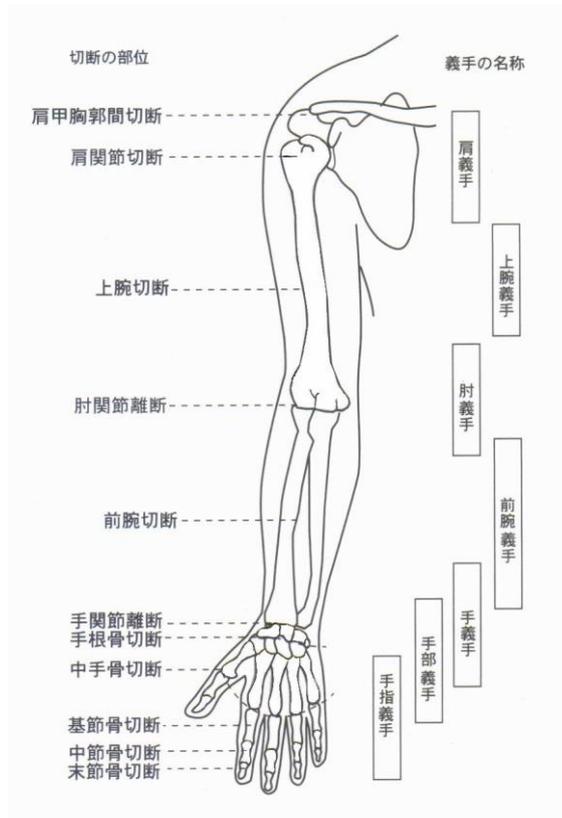
作業用義足（下腿PTB式義足）

ウ 切断部位による分類

義肢は義手と義足に分けられ、切断部位によって次のように名称が付けられている。

(7) 義手の名称

義手は切断部位によって次のような名称が付けられている。



上肢の切断部位と義手の名称

(1) 義手の名称とその説明

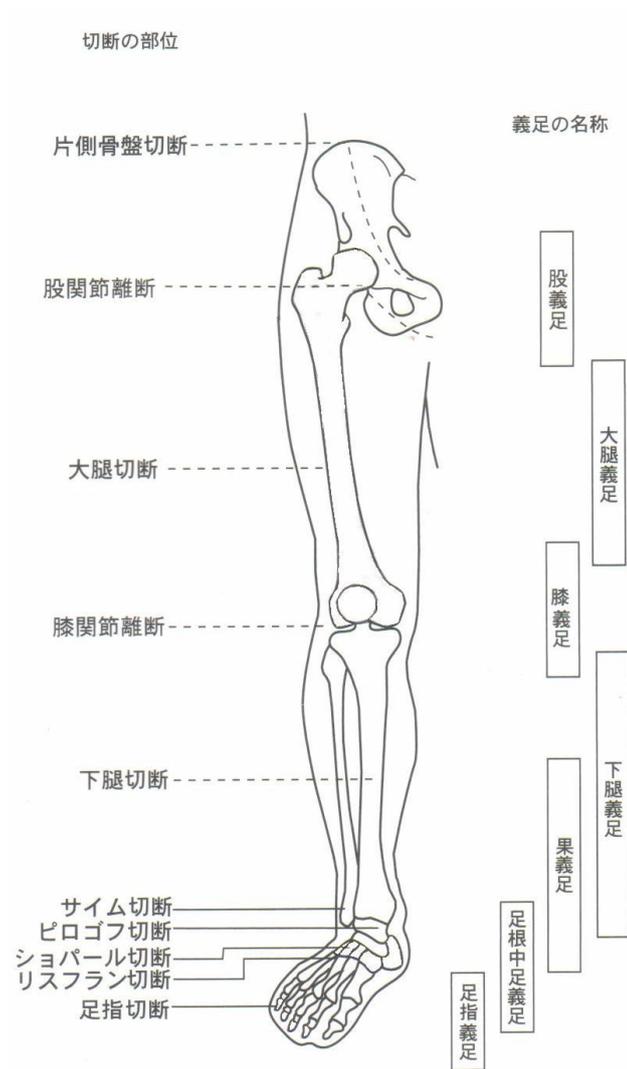
義手の名称と用途・構造特徴については次のとおりである。

義手の名称と用途・構造特徴

名 称	用 途 ・ 構 造 特 徴
肩義手	肩関節離断・上腕骨頸部切断・肩甲胸郭間切断に用いる。ソケットの形状は切断部位により異なる。
上腕義手	ソケットが肩を覆う形となり、ソケットの懸垂バンド（ハーネス）は健側の肩で固定する。ソケットは差し込み式とオープンショルダーソケット等がある。
肘義手	肘関節や肘関節の近位での切断に用いる。ソケットは断端の形によっていろいろ製作されるが、肘継手によって前腕部と連結されている。
前腕義手	ソケットは差し込み式・顆上懸垂式（ノースウェスタン式・ミュンスター式）・スプリットソケットなどがある。ミュンスター式・スプリットソケットは前腕短断端に用いる。
手義手	手関節離断又は手根部を残した手部の切断に用いる。
手部義手	中手骨切断や一部の指の残存した手掌部の切断に用いる。
手指義手	基節骨の残存した指に用いる。

(ウ) 義足の名称

義足は切断部位によって次のような名称が付けられている。



下肢の切断部位と義足の名称

(エ) 義足の名称とその説明

義足の名称と用途・構造特徴については次のとおりである。

義足の名称と用途・構造特徴

名 称	用 途 ・ 構 造 特 徴
股義足	片側骨盤切除・股関節離断・大腿骨頸部切断（極短断端大腿切断）に用いる。体重の支持と義足の懸垂のため、患側の断端から健足の腸骨稜まで包み込んだカナダ式等がある。
大腿義足	<p>差込式：ソケットは差し込み式になっており、断端への吸着が乏しく懸垂のため、肩吊り帯・股吊り・腰バンド等が必要である。</p> <p>ライナー式：ライナーを断端に装着してソケットに挿入し、先端のライナーロック機構でライナーとソケットとの結合を行うようにしたソケットである。</p> <p>吸着式：ソケット形状は、四辺形またはハート型等をしている。ソケットの内壁で断端の軟部組織を適度に圧迫することにより、ソケットの内面と断端表面との間に吸着作用を生じさせ、自己懸垂性を持たせたソケットである。</p> <p>坐骨収納型ソケット（IRC ソケット）：断端部や坐骨結節等に圧痛が生じる場合に用いる。坐骨結節から恥骨枝の一部（骨盤の一部）と大転子（大腿骨）をソケット内に収め、かつ大腿骨を内転位に保持することにより、歩行中における義足側の体重負荷に対する安定性を高められるよう設計されたもの。</p>
膝義足	膝関節離断に用い、多くは断端末支持や顆部の形状により自己懸垂が可能である。差込式、ライナー式、吸着式がある。
下腿義足	<p>差込式：差し込みソケットに両側に支柱を取り付け、これに単軸膝継手と大腿コルセット等で懸垂させる。</p> <p>PTB 式：断端にソフトインサートを付けての全面の面と膝蓋靭帯部とで支持させ、カフベルトで懸垂させる。</p> <p>PTS 式：ソケット全面が膝蓋骨を覆い、大腿骨の内顆と外顆をソケットの側壁が覆う形をしており、ソケット自体に懸垂機能がある。</p> <p>KBM 式：ソケットの型は膝蓋骨部を露出させ、両側壁が高く大腿骨部を挟み込んでおり、膝の側方安定性に優れている。</p> <p>TSB 式：断端表面全体で体重を支持するため、血液の循環がよく、浮腫も起こりにくい。密着性の高いソケットで装着時の重量感も軽い。</p>
サイム義足	サイム切断、ピロゴフ切断などに用い、体重支持は断端末もしくはPTB 式で行う。足部は遊動足部が難しく、サッチ足部等を使用する。ソケットは、差し込み式と有窓式等がある。
足根中足義足	リスフラン切断、ショパール切断に用いる足袋型・下腿式等がある。主として足袋型が多く、足袋の形をしており、後開きになっている。
足趾義足	足指の切断に用いられる。

(2) 装具

装具とは四肢・体幹の機能障害の軽減を目的として使用する補助器具である。

装具を分類すると治療用装具（医学的治療が完了する前に使用する装具又は医学的に治療の手段の一つとして使用する装具）と更生用装具（医学的治療が終わり変形又は機能障害が固定した後に日常生活動作などの向上のために使用する装具）に大別される。装具は使用される部位によって上肢装具・体幹装具・下肢装具・靴型装具に区分されている。

ア 上肢装具

機能を失った筋または起動力の代用、弱い筋または関節の補助、固定、支持および矯正、牽引を目的として上肢に用いる装具。

上肢装具には肩装具・肘装具・手関節背屈保持装具・対立装具・把持装具・BFO等がある。

イ 体幹装具

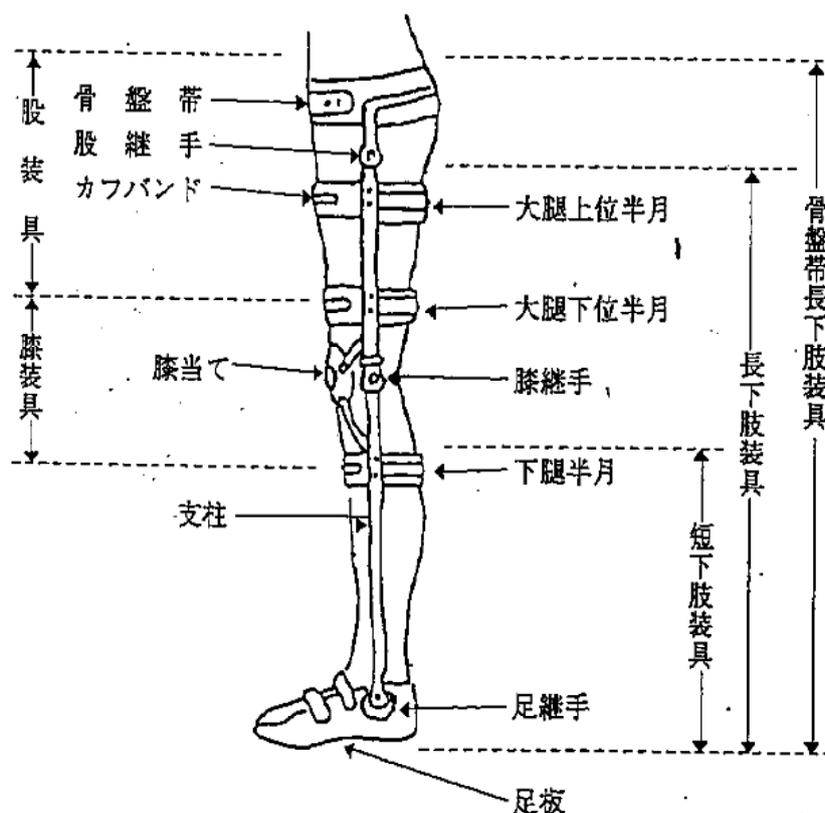
障害部位の固定または支持、体幹の変形の防止、矯正等を目的として体幹に用いる装具。

体幹装具には頸椎装具・胸椎装具・腰椎装具・仙腸装具・側彎症装具等がある。

ウ 下肢装具

立位の保持（関節固定）拘縮・変形の予防及び矯正・不随意運動の制御・体重支持及び免荷等を目的として下肢に用いる装具。

下肢装具には股装具・長下肢装具・膝装具・短下肢装具・足底装具等がある。それぞれの名称については次のとおりである。

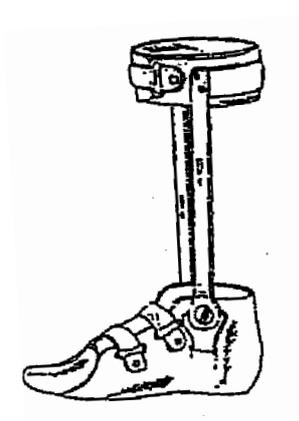


下肢装具の分類と各部の名称

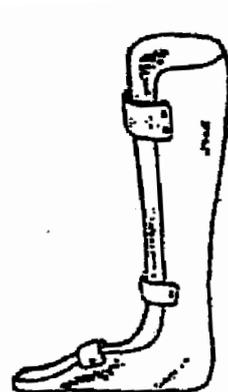
下肢装具の名称と用途・構造特徴については次のとおりである。

下肢装具の名称と用途・構造特徴

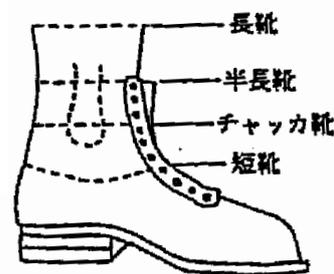
名 称	用 途・構 造 特 徴
股装具	骨盤から大腿部に及ぶ構造を持ち、股関節の動きを制御する装具で、金属枠・硬性・軟性等がある。
長下肢装具骨盤帯付 長下肢装具	大腿上部より足底に及ぶ構造を持ち、膝関節と足関節との動きを制御する装具で、両側支柱・硬性・座骨支持・骨盤帯付等がある。
膝装具	大腿から下腿に及ぶ構造を持ち、膝関節の動きを制御する装具で、両側支柱型・硬性・軟性・スウェーデン式がある。一般的に用いられている両側支柱型は、大腿カフと下腿カフから構成され、側方の不安定膝や反張膝、伸展筋力の低下、関節拘縮などに使用する。
短下肢装具	膝下より足底に及ぶ構造を持ち、足関節の動きを抑制する装具で、足関節の運動範囲・筋力・使用場所や方法などによって様々な型式がある。大きく分けて支柱型・硬性・PTB式・軟性等ある。 *支柱型の中でも両側支柱は一般的で、両側の金属支柱により、強い制動力が得られる。また、ストラップを用いることで、内反や外反の矯正が可能である。 *短下肢装具のプラスチック（硬性）は、軽量で装着が簡単、靴を簡単に履き替えられるといった利点がある。
足装具	脚長差補正（補高）・疼痛除去等を目的として補高や中敷きを使用する。



短下肢装具 両側支柱
(足部覆い)



短下肢装具 硬性
(プラスチック製)



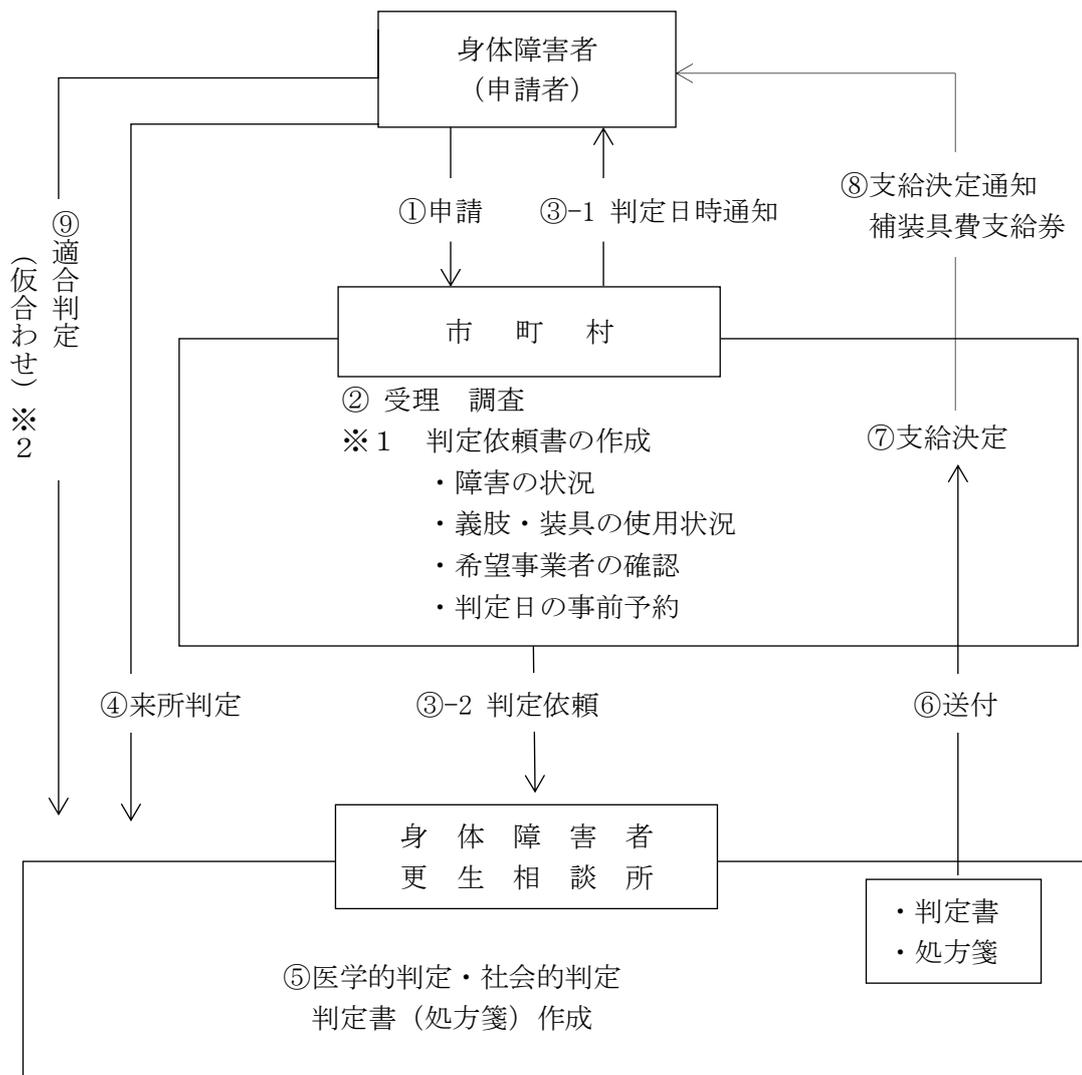
靴型装具
(靴の高さ)

エ 靴型装具

足部を覆う装具で、内反、外反などの変形の矯正や、高度の病的変形に対応し、疼痛や圧力集中の軽減を図るための靴をいう。

靴型装具は、腰革の高さによって、短靴、チャッカ靴、半長靴、長靴がある。

義肢・装具の判定の流れ



※1 「判定依頼書作成」時の留意事項

- ・「他法の補装具交付（給付）制度との関係」（13頁の4）を確認すること。
また、他法等で給付を受けた時期についても記載のこと。

※2 「⑨適合判定」（仮合わせ）について

- ・補装具事業者から本人宛に来所日時を通知（来所もしくは巡回相談にて実施）
- 注）筋電義手の相談があった場合は、事前に身体障害者更生相談所へ連絡すること。

(3) 車椅子

車椅子とは、歩行の困難な者が移動に使用するものであるが、障害者自身の足であり、身体の一部である車椅子が障害者の自立や社会参加を促す役割は大きい。

単に歩行が不可能であるといってもその原因や症状はさまざまである。さらに、その障害者の生活環境、年齢、職業などの要素が障害者ごとに異なっており、生活に役立てるには、身体に適合し使用目的にあった車椅子を選択することが大切である。

ア 車椅子の製作方式による分類

車椅子は、レディメイド（既製品）、オーダーメイド及びモジュラーに分類され、機能や特徴は次のとおりである。

製作方式による機能と特徴

製作方式	機能と特徴
レディメイド	身体寸法、体型および障害状況から、既製品でも適合できると判断された場合に処方する。既製品のため、納品までの時間は短縮できる。
オーダーメイド	身長や体重あるいは変形・拘縮等の障害により、レディメイドでは対応できない場合に処方する。個別に製作するため納品に時間がかかる。
モジュラー	車輪やシート等の位置を調整できるフレームをベースに、ねじ止めなどにより部品（モジュール）を組み立てて製作する。筋の緊張が強い場合や車体が破損しやすい場合や、将来、体型の変化が予測される場合に処方する。

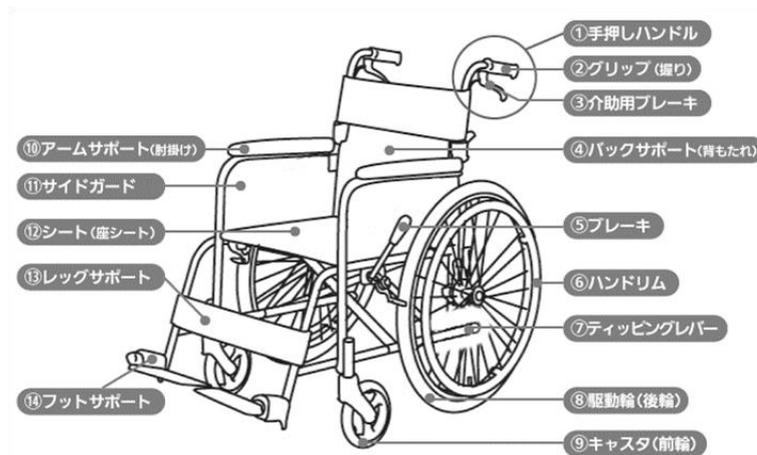
イ 車椅子の対象者

- ・ 下肢障害の身体障害者手帳概ね3級以上で歩行が不可能な者、または著しく困難な者
- ・ 体幹機能障害の身体障害者手帳概ね3級以上
- ・ 平衡機能障害で車椅子によらなければ歩行ができない者
- ・ 移動機能障害の概ね3級以上で歩行が不可能な者、または著しく困難な者
- ・ 呼吸器機能障害、心臓機能障害であって、車椅子によらなければ移動が困難と認められる者（主治医の意見書で、呼吸器・心臓機能の障害によって日常生活の移動に支障があることが認められる者）
- ・ 難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者

ウ 車椅子の構造

車椅子の構造は、以下から構成されている。

- ・ 身体支持部：シート、バックサポート、アームサポート、レッグサポート、フットサポートからなっている。
- ・ フレーム部：骨組みの部分で左右のフレーム枠とそれらを連結するフレームで構成される。折りたたみ式と固定式がある。
- ・ 車輪・駆動部：駆動輪、自在輪、ハンドリム等
- ・ 制御装置：ブレーキ（フットブレーキ、キャリパーブレーキも含む）



車椅子の名称

エ 車椅子の名称及び基本構造

①自走用



駆動輪が後方で自在輪が前方にある車椅子。JIS T9201-2016に準拠しているものをいう。レディメイドとオーダーメイド及びモジュラー方式がある。

後輪に取り付けられたハンドリムを回すことにより移動することができる。

②リクライニング機構（自走用・介助用）



バックサポート角度が変換でき、バックサポートの傾斜を、工具を使わずに調整できる機構。介助用は介護者が操作するものである。

対象者：随時、仰臥姿勢をとる必要のある者

運動制限が著明で座位を長時間保持できない者。

③ティルト機構（自走用・介助用）



シートとバックサポートとの角度が固定されたまま、シート及びバックサポートの傾斜を、工具を使わずに一体的に調整できる機構。

対象者：長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者。

④リクライニング・ティルト機構（自走用・介助用）



バックサポート角度及びシート角度が変換でき、バックサポート及びシートの傾斜を、それぞれ工具を使わずに調整できる機構。



対象者：リクライニング機構及びティルト機構について、それぞれ単独では座位保持等の目的が果たせない者

⑤手動リフト機構



手動シートの高さを、工具を使わずに調整できる機構（昇降機構及びスタンドアップ機構を含む。）

対象者：障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、真にやむを得ない事情が認められる者。

就労又は就学のために真に必要と認められる者。

⑥前方大車輪構造



駆動輪が前方で自在輪が後方にある車椅子。主に屋内で用いる。大車輪が前方にあるため机等に接近しにくい。

⑦片手駆動



片側の駆動輪に2本のハンドリムをつけて、片手だけで操作できる車椅子。これは2本のハンドリムを同時に握って操作し、曲がる時は内側及び外側のハンドリムを操作する。傾斜地や凹凸のある場所では操作が困難である。

対象者：歩行困難な者で、かつ、片上肢機能の障害がある者

⑧レバー駆動



駆動レバーを進みたい方向に倒して戻す操作を繰り返すだけで、車椅子を前後左右に動かすことができる。ハンドリムに比較して操作は容易であるが、レバー操作に力が必要である。屋内など平坦な場所以外では操作が困難である。

⑨介助用



自力で車椅子を操作することが困難なため介護者が操作して走行するもので、ハンドリムを装備していないもの。

オ 車椅子の価格

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」の価格欄の額は、基本価格に本体価格及び必要に応じて加算要素価格を合算した額を上限とし、医師の採型技術料を含まないものであること。詳細については、取扱指針を参照。

カ 車椅子支給に係る留意事項

(ア) 施設入所者の車椅子支給

障害者支援施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の入所者においては、施設支援の一環として、入所者が共有的に使用するもの（車椅子等）は一定数用意されており、オーダーメイド以外については支給しない。

介護保険法での特定施設入居者生活介護の適応を受けるケアハウスや、認知症対応型共同生活介護の適応を受けるグループホームも、介護保険施設に準ずる。

（障害者総合支援法の共同生活援助（グループホーム）は在宅扱い）。ただし、施設等から在宅への移行が明らかな場合、支給手続きを進めることは差し支えない。

なお、体型や身体の状態等により個別に製作する必要がある場合、身体障害者更生相談所の判定を踏まえ支給することができる。

(イ) 医療機関入院中の者に対する支給

入院理由が車椅子の支給対象とされる障害に起因するものであれば、入院中の者に対する支給は不可。

ただし、退院後に在宅で生活が予定される場合には、退院日が決定次第、支給手続きを進めることは差し支えない。

また、入院中で入院理由がその他の治療である場合は、治療の内容や状況により車椅子の支給については総合的に判断する必要がある。

(ウ) 介護保険法との関係

65歳以上及び40歳以上65歳未満（特定疾病）の医療保険加入者であって、要介護及び要支援状態にある者は介護保険の貸与が優先されるため原則として障害者総合支援法においては車椅子の支給はしない。障害等により個別に製作する必要があると判断される場合は支給することができる。

(4) 姿勢保持装置（車載用姿勢保持装置）

姿勢保持装置とは、機能障害の状況に適合させるため、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、安定した座位、立位、臥位等の保持を可能にする機能を有するもの。

車載用姿勢保持装置は、車のシートに取り付けて使用するもので、姿勢保持装置とは別の種目となっている。

ア 姿勢保持装置の構成と各部の名称

姿勢保持装置は①支持部、②支持部の連結、③構造フレーム、④付属品、⑤調節機構等から構成される。

(ア) 支持部

座位を保持する上で使用者の身体を支持する重要なポイントである。姿勢保持装置の種類により位置や形状、材質は様々であり、型式は次の3つの種類に分類できる。

a 平面形状型

採寸で製作するもので、平面で構成された支持面を持ち各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの

b モールド型

採型で製作するもので、身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの

c シート張り調節型

支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に対応し姿勢を保持する機能を有するもの

(イ) 支持部の連結

各支持部を一定の位置関係に保つため、構造フレームと独立した部材で各々を連結するもので固定式と遊動式がある。

固定式とは角度調節機能のない一定の角度で連結するものである。遊動式とは多少に関わらず角度の変更が可能な連結構造である。

(ウ) 構造フレーム

支持部を装置の使用目的に合わせた高さや角度に保持するためのもので、これを「支持部」及び「支持部の連結」と組み合わせることで装置本体の形が決定されるものである。

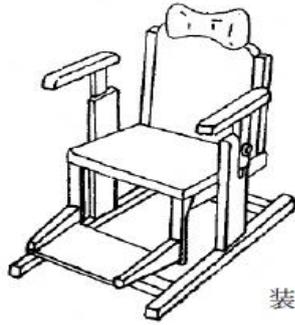
※車椅子及び電動車椅子としての機能を付加する場合は、購入基準に定める車椅子及び電動車椅子の価格を上限価格とする。ただし、姿勢保持装置として製作する部分と重複することとなる部分については、車椅子及び電動車椅子の交換価格の95%に相当する価格とみなし、これを控除すること。また、リクライニング、ティルト、リクライニング・ティルトに限り車椅子及び電動車椅子側の機構を優先することとし、姿勢保持装置側の機構の製作要素加算は行わないこと。

(エ) 付属品

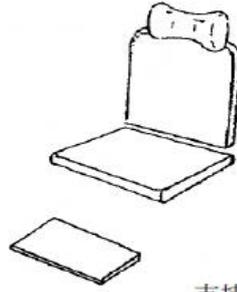
付属品には、カットアウトテーブル、上肢保持部品、体幹保持部品、骨盤保持部品、下肢保持部品、ベルト部品等がある。

(オ) 調節機構

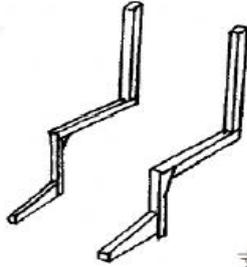
調節機構には、脱着、開閉式、高さ調節などがある。



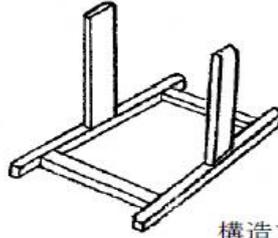
装置全体



支持部

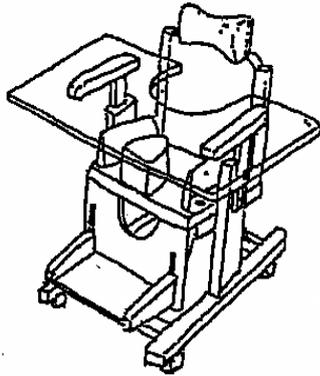


支持部の連結

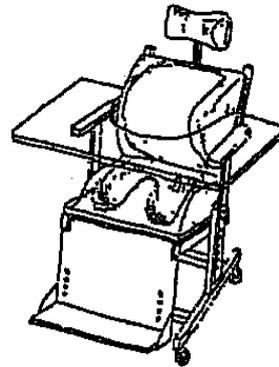


構造フレーム

姿勢保持装置の構成概念図

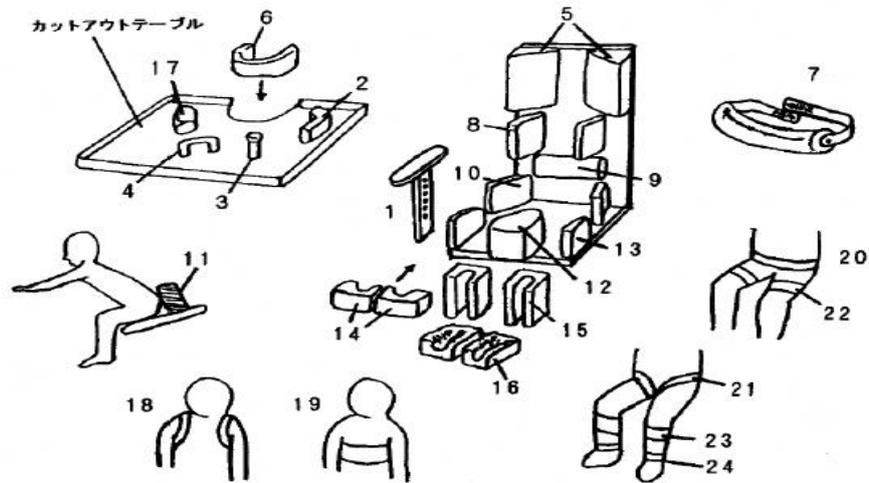


平面形状型の例



モールド型の例

姿勢保持装置



付属品の例

名 称	種 類	機 能
上肢保持部品	1 アームサポート	上肢の支持
	2 肘パッド	肩甲骨のリトラクション抑制、不随意運動の抑制
	3 縦型グリップ	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	4 横型グリップ	同 上
体幹保持部品	5 肩パッド	肩の挙上防止、肩甲骨のリトラクション抑制
	6 胸パッド	体幹の前傾防止
	7 胸受けロール	同 上
	8 体幹パッド	体幹の横ずれ防止
	9 腰部パッド	腰椎の支持
骨盤保持部品	10 骨盤パッド	骨盤の固定
	11 臀部パッド	臀部の後ろずれ防止
	12 内転防止パッド	股関節の内転防止
下肢保持部品	13 外転防止パッド	股関節の外転防止
	14 膝パッド	前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
	15 下腿保持パッド	下腿の交差防止
	16 足部保持パッド	足部の保持
ベルト部品	腕ベルト	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	17 手首ベルト	同 上
	18 肩ベルト	体幹の正中保持、前傾防止
	19 胸ベルト	体幹の前傾防止
	20 骨盤ベルト	骨盤の保持
	21 股ベルト	骨盤の前ずれ防止
	22 大腿ベルト	大腿部の保持
	膝ベルト	前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
23 下腿ベルト	下腿部の保持	
24 足首ベルト	膝の伸展防止、足の横ずれ防止	

(5) 歩行器

歩行器とは、下肢麻痺や下腿筋力の低下などにより歩行が不安定な者が、下肢の支持力を上肢で代償して移動するものである。構造は左右のフレームと、これを連結する中央部のパイプからなり、押して歩くタイプと杖のように歩幅に応じて、手で歩行器を移動させるものがある。

歩行器は杖より安定性に優れている。凹凸のない平坦な場所での日常生活の限られた範囲での使用に適している。

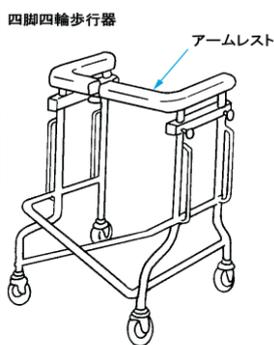
ア 歩行器の種類

障害者総合支援法で支給できる歩行器は、JIS T 9264-2025 又は JIS T 9265-2025 による。六輪型、四輪型、三輪型、二輪型、固定型、交互型がある。それぞれの歩行器については次のとおりである。

なお、シルバーカーは歩行器には該当しない。



六輪型



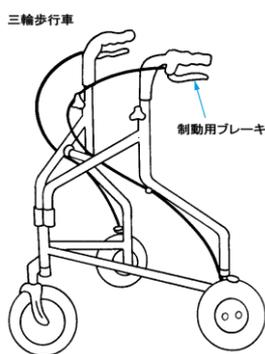
四輪型 腰掛けなし



(a)



(b)



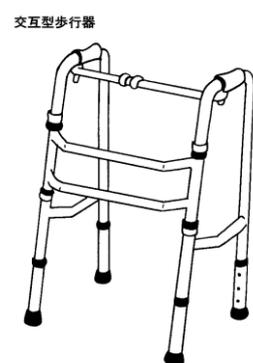
三輪車



二輪車



固定型



交互型

各種歩行器

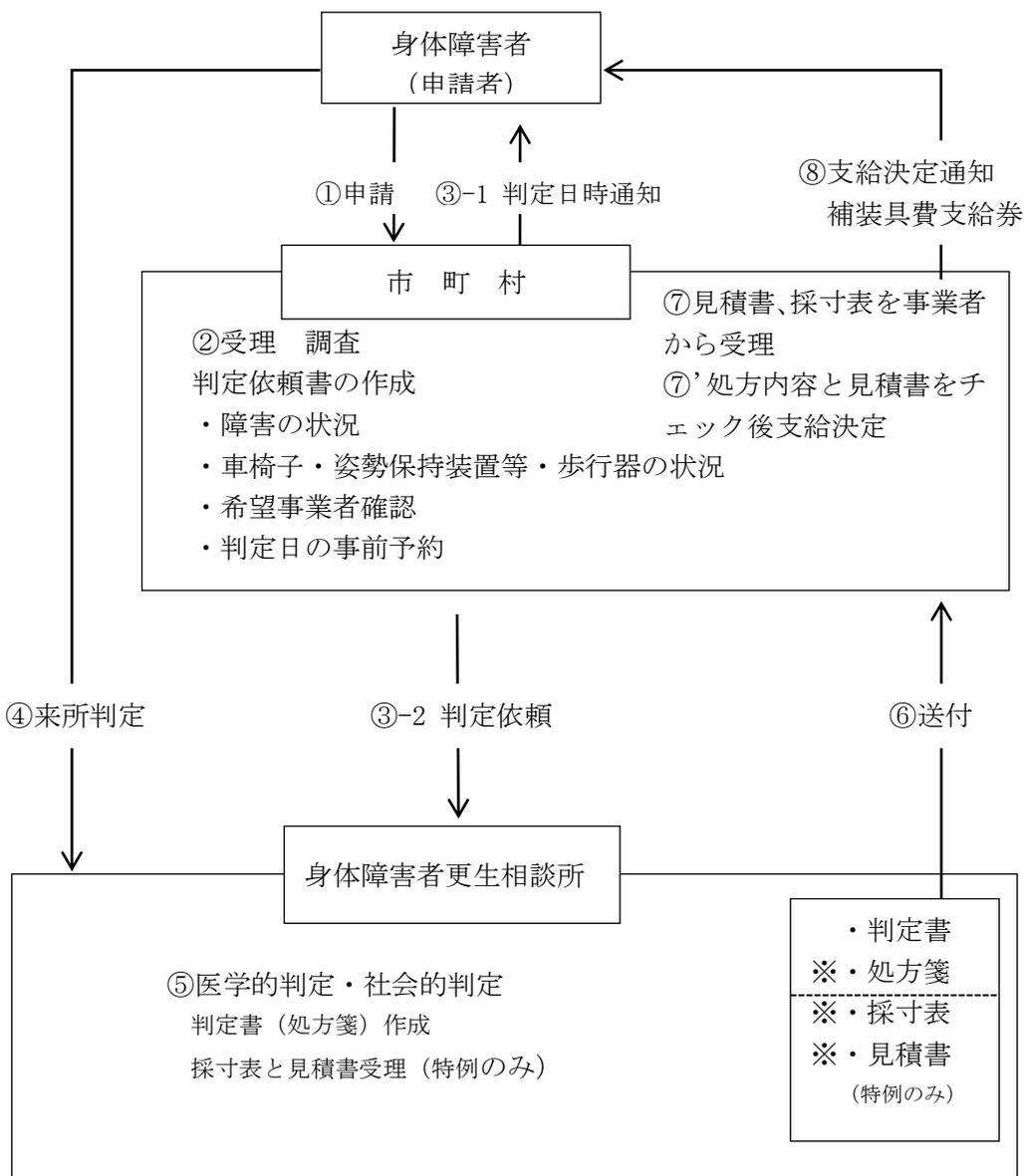
イ 歩行器の特徴と機能

それぞれの歩行器の特徴と機能は次のとおりである。

歩行器の特徴と機能

種類	特 徴 と 機 能
六輪型	前二輪、中二輪、後二輪の六輪車とし、前輪を自在車輪とする。自在輪が6個で小回りが効くのが特徴。
四輪型	前二輪、後二輪の四輪車とし、前輪を自在車輪とする。安定性が高く軽い力で進むことができる。腰掛つきと腰掛なしのタイプがある。 腰掛なしの中には、(a) サドル・テーブル付きのものや胸部支持具若しくは骨盤支持具付きのもの (b) 後方支持型のものが含まれる。
三輪型	前一輪、後二輪の三輪車とし、前輪を自在車輪とする。軽度の失調症や下肢筋力の弱い者に適する。四輪型に比べて不安定。
二輪型	前二輪、後固定式の脚を有するもので、安定性と軽く進む機能を有している。両手の筋力が弱い下肢障害者に適している。
固定型	四脚を有し、使用時に全体を持ち上げて前方へおろして移動させるもの。体幹や両手の筋力が比較的強い場合に適している。
交互型	四脚を有し、左右のフレームが交互に動くので、片方ずつフレームを前に出して移動する。下肢の関節疾患等に適している。

ウ 車いす・姿勢保持装置（車載用姿勢保持装置）・歩行器の判定の流れ



※歩行器は処方箋、採寸表は無い。

※借受けの流れについては示していない。

[判定依頼書作成にあたっての留意事項]

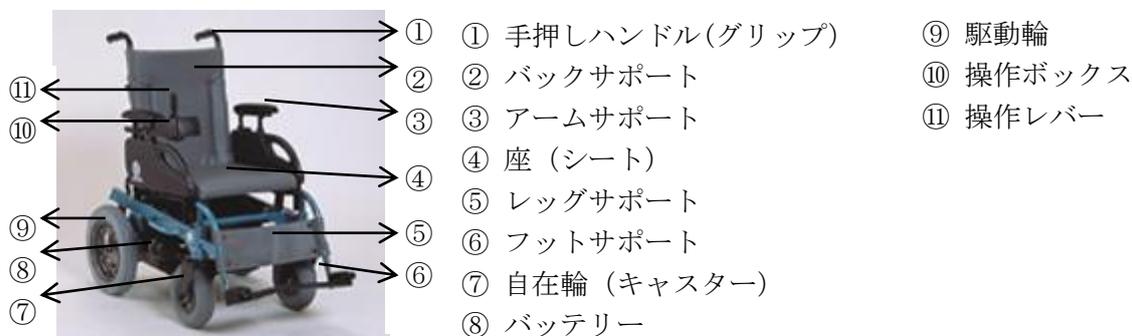
- ・介護保険対象者については、「介護保険適用に係わる調査書」(参考様式)を参考に調査し、介護保険の補装具貸与では対応できない理由を記載すること。
- ・施設入所中の者については「補装具(車椅子等)調査書(施設用)」(参考様式)を参考に調査し、施設名と施設の種別と、車椅子のオーダーメイドが必要な理由を記載すること。
- ・医療機関入院中の者は医療機関名および退院予定日を記載すること。
- ・施設入所等で県外での判定を必要とする場合は、判定依頼書の備考欄に他県の更生相談所で判定を希望する理由及び補装具事業者名等を記載し、「補装具調査書」(参考様式)を添付して更生相談所に送付すること。

(6) 電動車椅子

電動車椅子は推進力源がバッテリーを電源とする電動機（モーター）の出力による車椅子である。

ア 電動車椅子の各部名称

電動車椅子の各部名称は、次のとおりである。



イ 電動車椅子の種類

電動車椅子の種類は、次のとおりである。

(ア) 標準形



車体が固定化されており、JIS T 9203-2016 により最高速度や安定性、走破性など機能面及び安全面の指標が示されている。

最高速度が 4.5Km/h の低速用と 6.0Km/h 中速用がある。

(イ) 簡易形



手動式の車椅子に電動駆動ユニット等を取り付けて電動化したもので、手動、電動の切り替え操作ができる。

① 切替式：電動力走行・手動走行の切り替え可能なもの。

② アシスト式：電動普通型車椅子に準ずるもので、駆動人力を電動力で補助することが可能なもの。

(ウ) 手動リクライニング機構・電動リクライニング機構



手動リクライニング機構は、バックサポートの角度を手動で変えられるもの。

電動リクライニング機構は、バックサポートの角度を電動で変えられるもの。バックサポートが倒れると、フットサポートが同時に挙上する連動式と挙上しない独立式とがある。

(エ) 電動リフト機構



電動で座席の高さを変えることができるもの。床面から概ね 70cm の範囲で高さ調節が可能。

(オ) 電動ティルト機構



電動で座席とバックサポートが一定の角度を維持した状態で角度を変えることができるもの。

(カ) 電動リクライニング・ティルト機構



電動でバックサポートの角度を変えることができる機能と、電動で座席とバックサポートが一定の角度を維持した状態で角度を変えることができる機能の 2 つの機能をもったもの。

ウ 簡易形とそれ以外の電動車椅子の判定目安について

平坦路における 手動自走の可否	日常生活圏(※)の坂道・悪路 における手動自走の可否 ()は、アシスト式を使用 した場合	補装具費支給を検討するこ ととなる電動車椅子の名称 種別		
できる	できない、又は一部できない (できる)	→	アシスト式	簡易形
	できない (できない)	→	切替式	
できない	できない	→	標準形又は簡易形 (切替式)	

※「日常生活圏」とは、自宅周辺の日常の行動範囲及び通勤又は通学のために、日常的に車椅子の使用を行う圏域である。

エ 電動車椅子の対象者

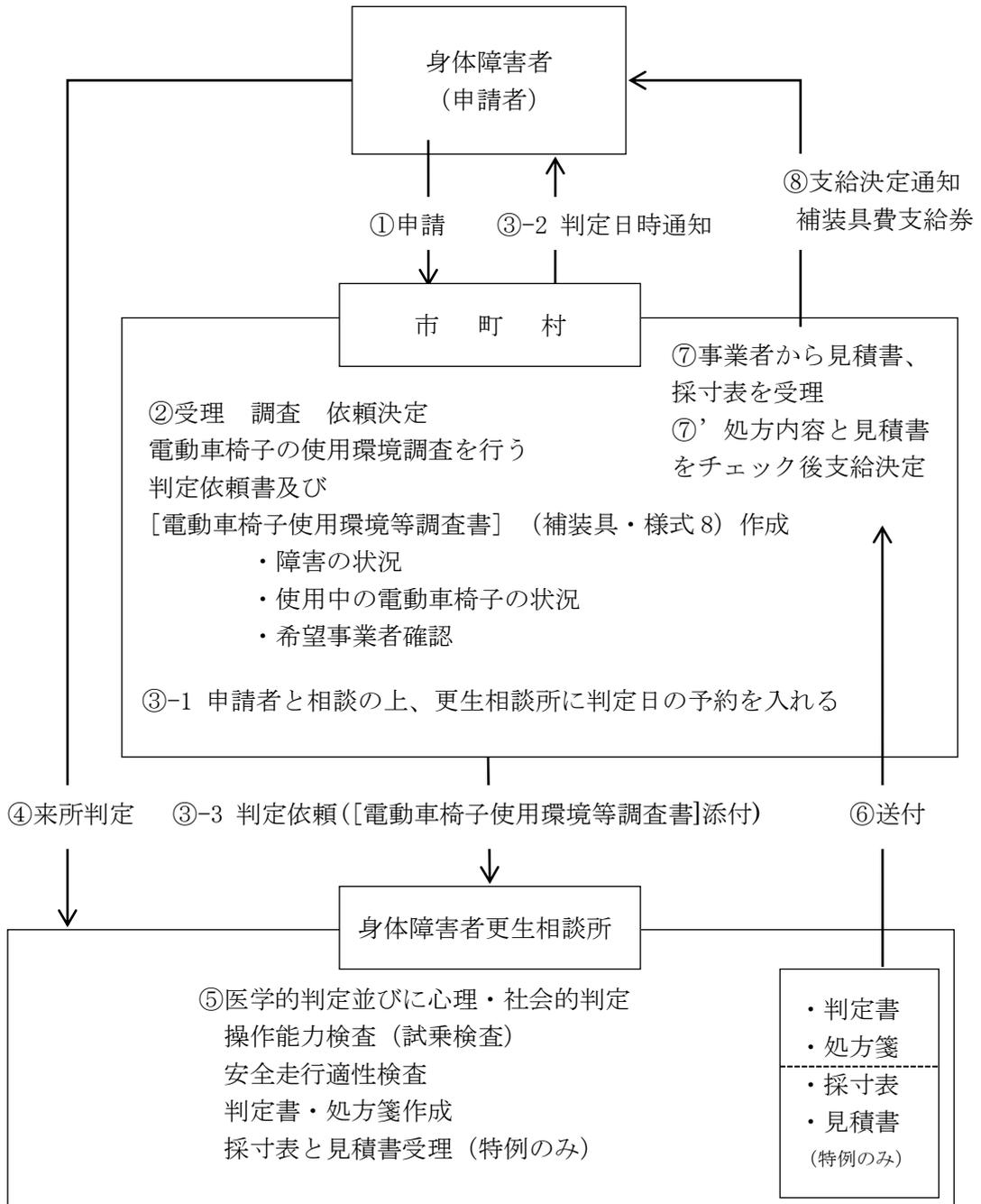
電動車椅子の種類とその対象者は次のとおりである。

電動車椅子の種類と対象者

種類	対 象 者
標準形	<p>学齢児以上であって、次の①又は②に該当し、なおかつ、③から⑦のすべてに該当する障害者。</p> <p>① 重度の下肢機能障害等であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者。(概ね、両上下肢共に2級以上の障害を有し、手動の車椅子の使用が不可能な者、または操作が著しく困難な者を想定)</p> <p>② 歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者(主治医の意見書を要する)。</p> <p>③ 日常生活において、視野、視力、聴力等に障害を有しない者又は障害を有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者。</p> <p>④ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することが可能な者。</p> <p>⑤ 電動車椅子使用環境等調査書〔補装具・様式8〕により、使用目的や使用状況が適当と認められる者。</p> <p>⑥ 基本操作や移動操作が円滑に実施できる者。</p>
簡易形	<p>上記の標準形対象者に加えて、頸髄損傷者等で、手動式の使用により残存機能を活かし、日常生活圏の坂道、悪路、長距離移動においては負担の軽減を図る必要がある者。(ウ「簡易形とそれ以外の電動車椅子の判定目安について」参照)</p>
リクライニング機構	<p>上記の標準形対象者に加えて、次のいずれかに該当する障害者。</p> <p>① 随時に仰臥姿勢をとる必要のある者。</p> <p>② 座位を長時間保持できない者。</p>
電動テイルト機構	<p>上記標準形対象条件に加え、長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者。</p>
電動テイルト・リクライニング機構	<p>上記リクライニング機構及び電動テイルト機構の対象者に準じる。</p>
電動リフト機構	<p>上記標準形対象条件に加え、</p> <p>① 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて真にやむを得ない事情が認められる者。</p> <p>② 就労又は就学のために真に必要と認められる者。</p>

オ 電動車椅子の判定の流れ

- ・判定日については必ず予約をすること。
- ・初度支給は全て来所判定とする。再支給は巡回相談でも判定可能だが、使用中の電動車椅子で操作能力を判定するために持参すること。



留意事項

- ・ [電動車椅子使用環境等調査書] ([補装具・様式 8]) の作成にあたっては、調査書のチェック項目のみならず、具体的な使用目的、屋外の状況等について実施機関の意見等の欄に必ず記入のこと。
- ・ 支給に際しては、操作訓練や使用上の留意事項の周知について徹底すること。

(7)補聴器

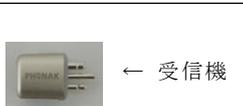
補聴器は、その人の聞こえに合わせて聞こえやすい音に加工し出力することで、聞こえを補助する補装具である。

なお、補聴器とは医薬品医療機器法に定められた管理医療機器として指定されたもののみをいい、「集音器」、「助聴器」等は補聴器ではないため支給の対象とはならない。

支給については、人工内耳用音声信号処理装置の修理も含めて、原則片耳で、両耳支給は身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上の特に必要なと認める場合に限られる。

ア 補聴器の種類と対象者

種類（特徴）	○長所 ×短所	対象者
<p>【ポケット型】 箱型の本体をポケットなどに入れて、コード付きのイヤホンで聴くタイプの補聴器</p> <p>○スイッチが比較的大きいので操作がしやすい。 マイクを相手に近づけることで聞き取り効果を高めることができる。</p> <p>×コードが活動の妨げになる。 ポケットに入れると衣擦れの音が生じて聞き取りにくいことがある。</p>		<p>高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。</p>
<p>【耳かけ型】 耳に掛けて使用するタイプの補聴器</p> <p>○小型で軽量の上、コードがないので活動の邪魔にならない。</p> <p>×スイッチの操作がしにくい。 ハウリング（ピーピー音）が起きやすい。</p>		<p>高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。</p>
<p>【骨導式 ポケット型】 骨導聴力を活用した補聴器で、ポケット型補聴器と骨導レシーバー（付ヘッドバンド）を組み合わせたタイプのもの</p> <p>○伝音性難聴で耳介に奇形があり、また、外耳道がない場合、効果が期待できる。</p> <p>×感音性難聴では効果がない。</p>		<p>伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。</p>

種類（特徴）	○長所 ×短所	対象者
<p>【骨導式 眼鏡型】 骨導聴力を活用した補聴器で、眼鏡のフレームに骨導式ポケット型補聴器と同様の仕組みがあるタイプのもの</p> <p>○伝音性難聴で耳介に奇形があり、また、外耳道がない場合、効果が期待できる。</p> <p>×感音性難聴では効果がない。</p>		<p>伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。</p>
<p>【補聴援助システム】 重度難聴用耳かけ型補聴器に接続（内蔵）した受信機とワイヤレスマイクを組み合わせ使用。ワイヤレスマイクが集音した音声、受信機を通して直接補聴器に届けられるため、離れた場所の音声を聞き取りやすくすることができる。</p>	 	<p>障害の状況、生活環境、就学・就労の保障等について勘案の上、真に必要と判断される者。</p>
<p>【耳あな型】 耳あなに挿入して使用するタイプの補聴器</p> <p>レディメイド（既製品）とオーダーメイド（耳の形状等に合わせて作成したもの）の2種類がある。</p> <p>○付けていることが目立ちにくい。</p> <p>×本体が小さいのでスイッチなどの操作が困難なことがある。 紛失しやすい。</p>		<p>高度難聴用補聴器で補聴効果が認められる者（聴力レベルが概ね 90 dB未満）であって、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で、医学的又は社会的な理由から真に必要な者。</p> <p>※高度難聴用補聴器の上限額から差額を自己負担し購入することは可能。</p>

イ 出力の大きさによる判断基準

高度難聴用	障害程度が6級・4級程度。 ○補聴器装用耳の聴力レベルが概ね90dB未満の者。
重度難聴用	障害程度が3級・2級程度。 ○補聴器装用耳の聴力レベルが概ね90dB以上の者。 ○聴力レベルは90dB未満だが、高度難聴用では、十分な装用効果が得られず、重度難聴用が必要と医学的に認められる者。

ウ 補聴器の付属品

イヤモード	耳の形に合わせて作る耳栓。 ハウリング（ピーピー音）防止・耳栓の脱落防止の働きがある。
-------	--

エ 聴力レベルと聞こえの程度

聴力程度	聴力レベル	日常会話
正常	25 dB未満	ささやき声まで聞き取れる。
軽度難聴	25dB 以上～40dB 未満	小さな声や騒音下での会話の聞き間違いや聞き取り困難を自覚する。
中等度難聴	40dB 以上～70dB 未満	普通の大きさの声の会話の聞き間違いや聞き取り困難を自覚する。
高度難聴	70dB 以上～90dB 未満	非常に大きい声か補聴器を用いないと会話が聞こえない。
重度難聴	90dB 以上	補聴器でも、聞き取れないことが多い。

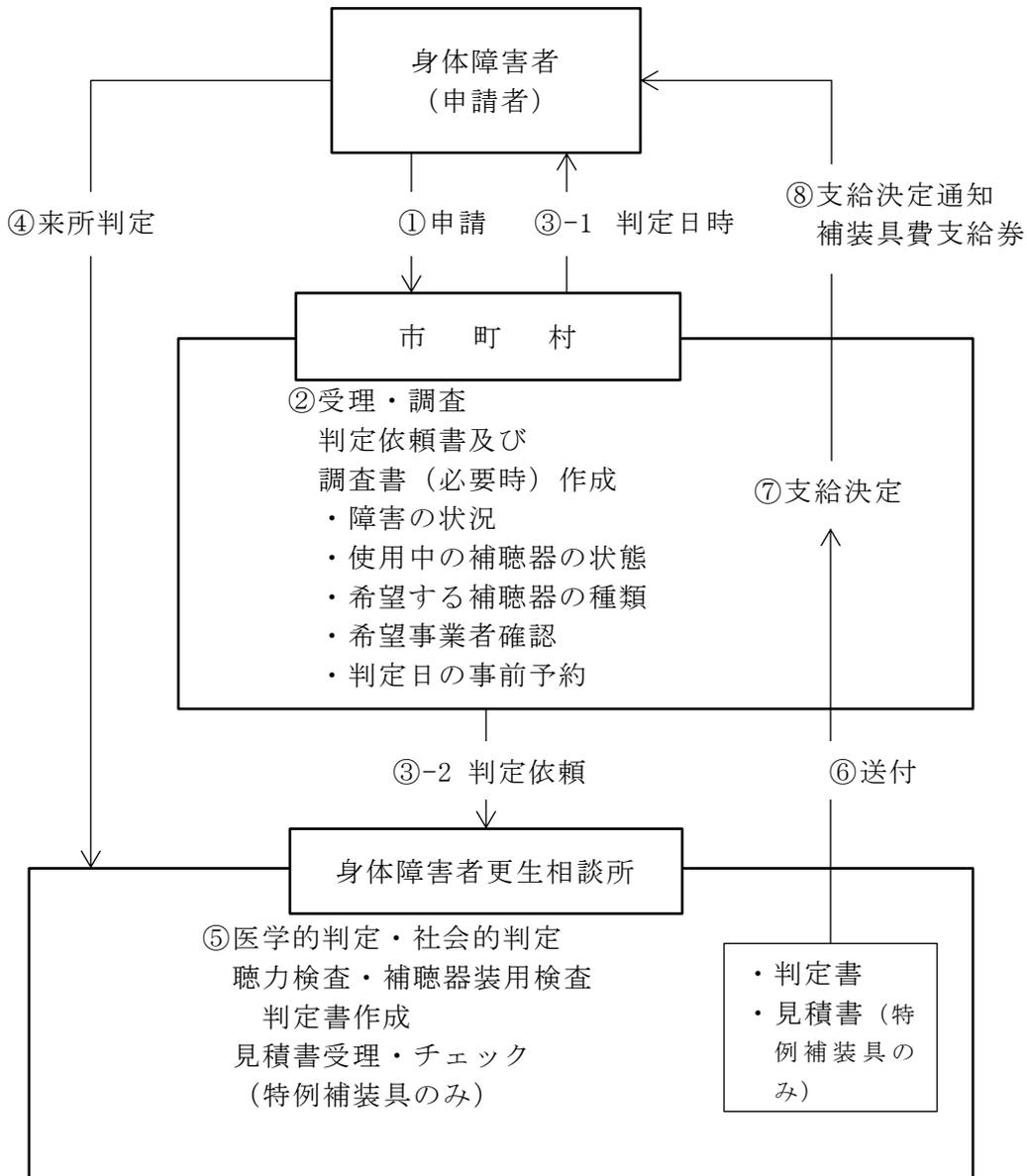
*dBは音の大きさや聴力を表す単位。数字が大きくなればなるほど聴力が悪いということ。

(8)人工内耳用音声信号処理装置（修理に限る）

種類（特徴）	対象者
<p>高度難聴以上の難聴があり、補聴器を装用しても言葉の聞き取りが不十分な場合に、人工内耳埋込術により聞こえを補助するための医療機器。</p> <p>体内に埋め込まれたインプラントに情報を送るための装置。</p>	<p>人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者。</p>



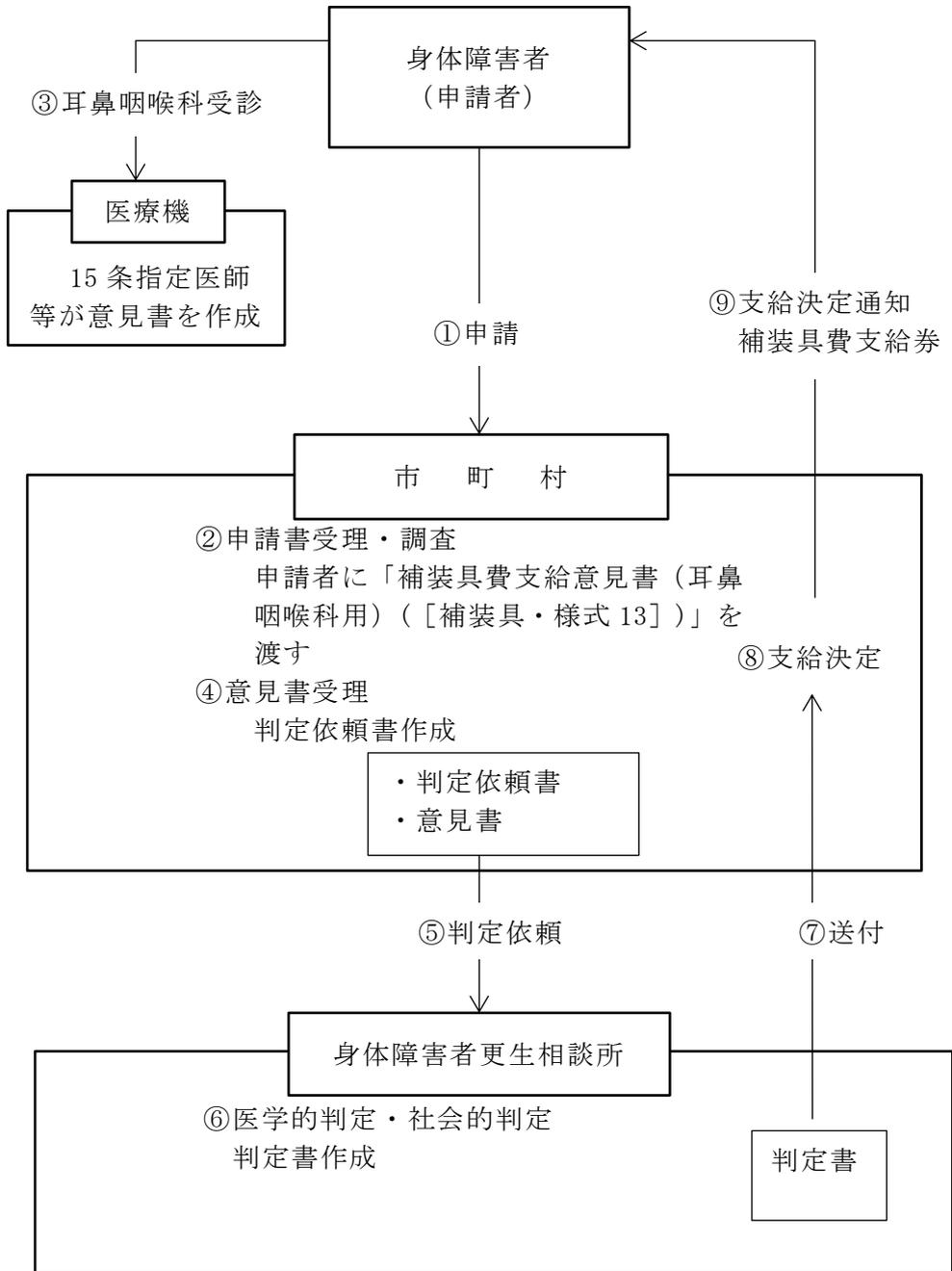
ア 補聴器の来所判定の流れ



[留意事項]

- ・申請者の聴力等に変化がなく、同一メーカー・同一機種（例えば、リオン HB-A6H であれば、HB-A6H の機種名が同一であること）の補聴器を希望する場合は判定不要（耳あな型・特例補装具は除く）である。障害状況等に変化がない場合には、補装具費支給意見書を省略させることができる。
- ・耳あな型及び特例補装具の補聴器を希望する者については、来所もしくは巡回相談での判定に限るが、それ以外の機種については、書類判定が可能である。
- ・両耳、耳あな型補聴器、人工内耳装用者、補聴援助システム、特例補装具の申請において、意見書等でその支給対象となるか十分に判断できない場合には、聞き取りの上、参考様式調査書（143～147 頁）を添付してください。

イ 補聴器の書類判定の流れ



(9)眼鏡

眼鏡とはレンズを利用して視力を回復させたり、物を拡大したり、また、眼の保護等のために使用するものである。支給については原則1種目につき1個だが、障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認められた場合は、2個とすることができる。

ア 眼鏡の種類と対象者

種類（特徴）	対象者
<p>【矯正用】 屈折異常を矯正する目的で、眼球に接触せずに、レンズ等を眼の前にかける構造を有するもの。</p> 	<p>視力障害の障害認定を受け、屈折矯正の効果がある者。 障害認定が視野障害のみの者は、対象とならない。</p>
<p>【遮光用】 羞明を軽減する目的で、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているもの。 まぶしさを防ぎコントラスト効果が高まる。</p> <p>[前掛式] *眼鏡の上から掛けて使用するもので、クリップオンタイプとオーバーグラスタイプがある。</p>  <p>[掛けめがね式] *一般的な眼鏡の形状をしたもの。</p>	<p>以下の要件を満たす者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・羞明を来していること。 ・羞明の軽減に遮光用の装用より優先される治療法がないこと。 <p>*意見書で下記事項を参照の上、装用効果を確認すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まぶしさや白んだ感じが軽減する。 ・文字や物などが見やすくなる。 ・羞明により生じる流涙等の不快感が軽減する。 ・暗転時に遮光用をはずすと暗順応が早くなる。
<p>【コンタクトレンズ】 屈折異常を矯正し、又は羞明を軽減する目的で、角膜の表面に装着して使用するもの。 ×眼に異物感があったり、紛失したりしやすい。</p> <p>[標準レンズ] 一般的なコンタクトレンズ [多段階レンズ] 角膜表面の凹凸に合わせて多段階のカーブを形成したコンタクトレンズ [虹彩付レンズ] 羞明感の軽減や、角膜混濁・角膜白斑などにおける整容を目的としたコンタクトレンズ</p> 	<p>コンタクトレンズ装用が真に必要な者。 [多段階] 角膜形状異常や強度屈折異常等のため一般的なコンタクトレンズ装用が困難で真に必要な者 [虹彩付レンズ] 角膜白斑あるいは羞明等があり、遮光用の眼鏡装用が困難で真に必要な者</p>

<p>【弱視用】 対象物の目への入射角を拡大(又は縮小)して見る器械で、通常、焦点非結像系の光学系を持つもの。眼鏡フレームに固定された「掛けめがね式」と手にもって使用する「焦点調整式」の2種類がある。</p> <p>[掛けめがね式] 眼鏡枠と光学的拡大レンズ・近用レンズキャップからなる単焦点のもの。 対象物を拡大することで読み書きや手作業を可能にする。</p>  <p>[焦点調整式] 複数のレンズから構成された焦点を合わせて遠・近両方を見るためのもので、黒板や移動時のランドマーク等を見る際やスタンドルーペと組み合わせて近くを見る際に使用する。</p> 	<p>視力障害であって、矯正用では改善されない者。</p> <p>視野障害のみの者は、対象とならない。</p> <p>また、掛けめがね式で高倍率(3倍以上)の主眼の支給対象者は、職業上又は教育上真に必要な者。</p>
--	--

イ 眼鏡意見書・処方箋について

PD	瞳孔間距離	左右の瞳孔間の距離
Sph. S. 球面	球面レンズ	いわゆる、度数のこと。 近視の度数は-。 遠視の度数は+。
Cyl. C (シリンダー)	円柱レンズ	乱視の度数(記入がない場合は乱視がない。)
Ax. Axis (アキシス)	円柱軸の角度	円柱レンズの軸の向き(乱視の角度) 乱視には方向があり0° から 180° で表される。
P	プリズム	プリズムの度数 眼位のずれを光学的に補正。
D	基底方向	プリズムの基底方向

記載例 0.02 (0.1×-3.5D=Cyl-1.5D Ax40°)

↑ ↑ ↑

裸眼視力 矯正視力 屈折矯正の内容

[矯正用の購入費用の額の算定についての留意事項]

- ・購入費用の額の算定については、処方に記入されている球面レンズのDの前にある数字をもとに算出する。
- ・円柱レンズは、乱視を矯正するもので0以外の数字があれば、4,350円を加算する。
- ・球面レンズの度が左右異なる金額の場合は、両方の額を加算して2で割ったものが費用の額の上限となる。

[意見書作成に当たっての留意事項]

- ・遮光用：製品名とカラータイプの記入が必要である（矯正用で遮光用の機能が必要な場合も同様である）。
- ・弱視用：掛けめがね式か焦点調整式かの区別と、製品名と倍率の記入が必要である。

(10) 義眼

義眼とは欠失した眼球の一部又は全部の外観を整え、眼窩等の形態を保持するために装着する人工の義眼をいう。

義眼については、修理対応は不可能である。

種類（特徴）	対象者
<p>【レディメイド】</p> <p>虹彩や強膜の色、サイズ等が統一された既製のもの。</p>	<p>眼球を摘出した者や眼球が萎縮している者で、既製品で対応が可能な者。</p>
<p>【オーダーメイド】</p> <p>採型等により、健常眼に合わせて、形状、色等を細密に合わせて製作されるもの。眼球萎縮の方等、眼球が残っている場合、かぶせる形で装着する薄型の「コンタクト義眼」を含む。</p>	<p>眼球を摘出した者や眼球が萎縮している者で、オーダーメイドの義眼でなければ対応できない者。</p>

(11) 視覚障害者安全つえ

「白杖」ともよばれる。障害物を探知するために使用するもので、シャフトを白色又は黄色に塗装若しくは加工したもので、普通用、携帯用、身体支持併用に分類される。また、視覚に障害があることを周囲に知らせる役割をもつ。

種類（特徴）	対象者
<p>【普通用】 携帯用、身体支持併用以外のもの。 主体は、繊維複合材・木材・軽金属。 ○耐久性・伝達性に優れる。 ×長さを変えることが出来ない。</p> <p>(付属品) 夜光装置：夜光反射材付きやフラッシュライト付きのものがある。 ベル：音の出る装置を内蔵 ゴムグリップ：握りやすくするために握り部分を覆うゴム</p>	<p>視力障害者 視野障害者</p> <p>生活状況や使用目的により、普通用・携帯用・身体支持併用を選択できる。</p> <p>なお、スペアとしての複数支給は認めていないが、障害者の生活状況を踏まえ、異なる種類の杖の支給が必要と判断される場合には、複数支給を認めることは可能である。</p>
<p>【携帯用】 折りたたみ又はスライド等により鞆等に収納して持ち運びができるもの。 主体は、繊維複合材・木材・軽金属。 ○短くして持ち運ぶことが出来る。 ×耐久性・伝達性は普通用には劣る。</p> <p>(付属品) 普通用と同じ。</p>	
<p>【身体支持併用】 1本の脚部と1つの握り部からなり、前腕支持部がないもので、身体の支持やバランス保持の目的を含むもの。なお、肢体不自由を理由とした身体障害者手帳の所持は不要である。</p> <p>○歩行に障害があり歩行を助けるための杖としても併用可。 ×伝達性は普通用には劣る。</p> <p>形状は直式、折りたたみ式、スライド式がある。</p> <p>(付属品) 普通用と同じ。</p>	



(12) 歩行補助つえ

下肢機能や体幹機能、平衡機能障害で、つえの使用により歩行機能が補完され、能力の改善が見込まれる方が対象となる。

支給については、補装具費支給意見書により、市町村の判断にて行われる。

種類	対象者
<p>【松葉づえ】 主体は木材、軽金属。 1本の脚部と脇当て及び2本の側弓の間に一つの握り部を有するもの。</p>	<p>歩行能力の改善のために脇当てで安定性を図り、把持部で体重支持が可能な方。</p>
<p>【カナディアン・クラッチ】 1本の脚部と一つの握り部、上腕カフ及び肘当てを有するもの。 肘伸展の筋力が低下した方に用いられる。肘つえとも呼ばれる。</p>	<p>歩行能力の改善のために支持を必要とするが、肘伸展筋力低下のため、ロフトランド杖や松葉杖の使用が困難な方。</p>
<p>【ロフトランド・クラッチ】 1本の脚部と一つの握り部、前腕カフを有するもの。 前腕支えとグリップで腕に固定するようにして使用する。</p>	<p>歩行能力の改善のために前腕と把持部により体重を支持することが可能な方。</p>
<p>【多脚つえ】 3本以上の脚と握りとを有するもの。 地面との接点が3点～4点あり、全点が接地することにより安定する。 不整地等の全点接地が困難な場所での使用は不向き。</p>	<p>中枢神経麻痺等で歩行が障害され、1本つえでは歩行能力が改善されない方。</p>
<p>【プラットホーム杖】 1本の脚部と一つの特殊な形の握り部、水平の前腕支持部を有するもの。 前腕と肘で支持し、腕に固定するようにして使用する。</p>	<p>リウマチ等で握力が極端に弱く、手首に負担をかけられないために前腕や肘での支持を必要とする方。</p>

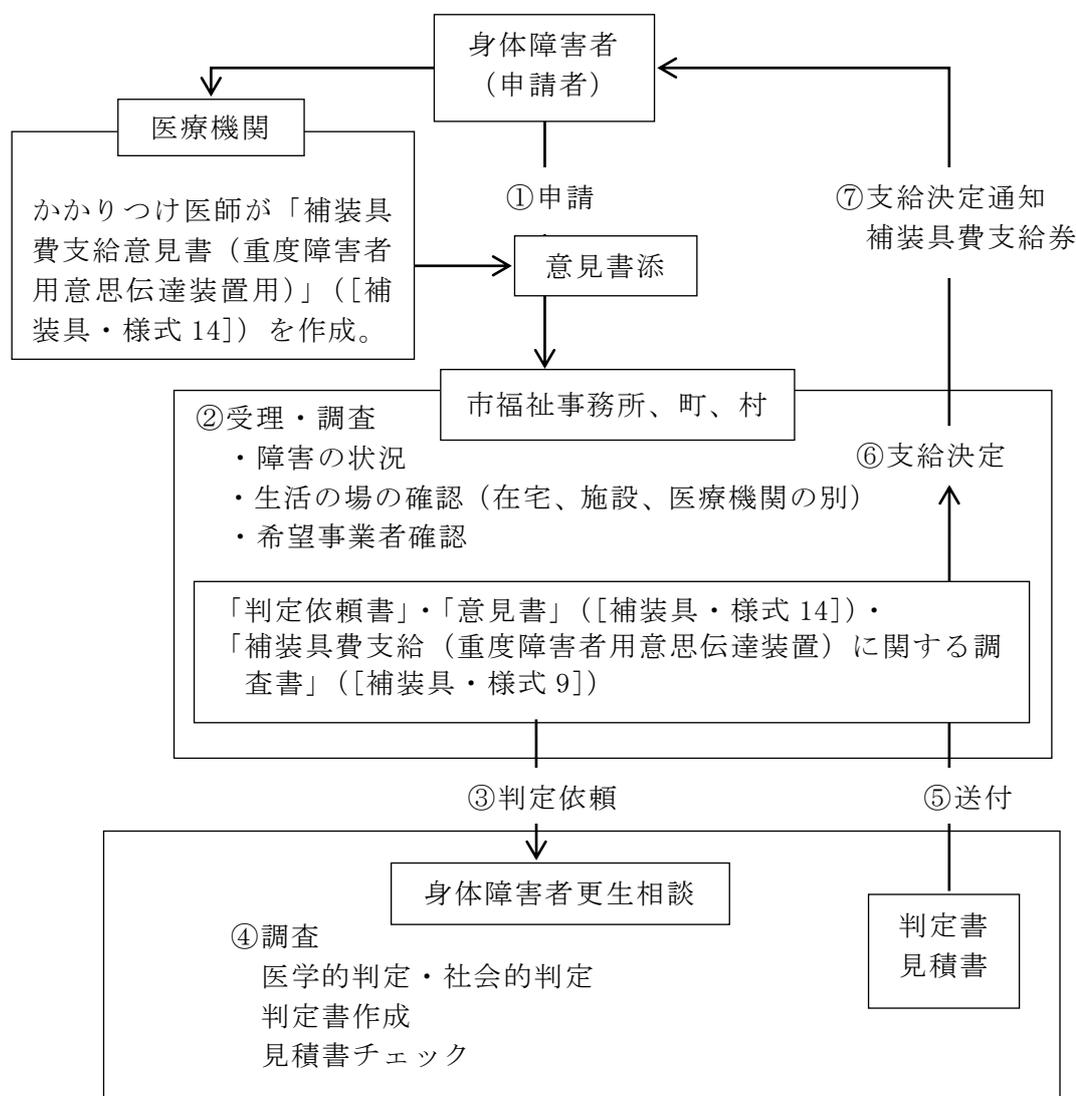
(13) 重度障害者用意思伝達装置

重度障害者用意思伝達装置とは、ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンタとして構成されたもの。もしくは生体现象（脳の血流量等）や、筋電センサーを利用して「はい・いいえ」を判別するものである。通信機能、環境制御機能が付加されたものもある。

ア 対象者

- ・ 重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者
- ・ 難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者
- ・ 進行性の疾患で、間もなく「重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者」またはそれに近い状態になると、専門医（神経内科医等）が診断した者
- ・ 施設入所者と入院中の者についても、必要と認められる場合は支給できる。

イ 判定方法及び判定の流れ 訪問判定を原則とするが、書類判定もあり得る。



[資料1]
身体障害者用補装具費支給判定要否等一覧表

	更生相談所の判定を要するもの		市町村判断によるもの		参 照
	来所又は巡回更生相談での判定	書類判定	補装具費支給意見書による判断	身体障害者手帳による判断	
義肢・装具	○				P16～23
車椅子	○				P24～27、33
姿勢保持装置 (車載用姿勢保持装置)	○				P28～30、33
歩行器	○				P31～33
様式	補装具・様式2 参考様式1(調査用紙) ※3(補装具・様式10、11)				
電動車椅子	○				P34～37
様式	補装具・様式2、8 ※3(補装具・様式10、11)				
補聴器 ※2	○	○ (特例、耳あな型以外)	○※1 (再支給) (要相談)		P38～42
様式	補装具・様式2 ※3(補装具・様式10、11)	補装具・様式2、13 ※3(補装具・様式10)	補装具・様式13 ※1 ※3(補装具・様式10)		
人工内耳 (人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る)			○		P40
様式			補装具・様式13、16 ※3(補装具・様式10)		
眼鏡	矯正用		○		P43～45
	コンタクトレンズ		○		
	遮光用		○		
	弱視用		○		
	様式		補装具・様式12 ※3(補装具・様式10)		
義眼			○ ※1(再支給)		P45
様式			補装具・様式12 ※3(補装具・様式10)		
視覚障害者安全つえ			○		P46
様式			補装具・様式11 ※3(補装具・様式10)		
歩行補助つえ			○	○※1 (再支給)	P47
様式			補装具・様式11 ※3(補装具・様式10)		
重度障害者用意思伝達装置	○ (訪問判定)		○※1 (再支給) (要相談)		P48
様式	補装具・様式2、9、14		補装具・様式9、14		

(注)上記の種目に関わる特例補装具支給は、全て更生相談所の(来所判定又は巡回更生相談による)判定を要する。
 ※1再支給に当たり申請者の障害状況等に变化がなく前回支給された補装具と同じものを希望している場合の扱い。ただし、補聴器は同一メーカー、同一機種を希望する場合の扱い(耳あな型及び特例補装具は除く)。障害状況等に变化がない場合には補装具費支給意見書を省略させることができる。

※2来所又は巡回更生相談での判定は、全ての補聴器について可能。このうち特例補装具、耳あな型補聴器以外は書類判定も可能。

※3難病患者等で身体障害者手帳が無い方、手帳等級が当該補装具に該当しない場合、迅速判定を要する場合に添付を要する。

[資料2]
身体障害児用補装具費支給判定要否等一覧表

身体障害児用の補装具は更生相談所の判定は要せず、市町村判断により支給決定ができる。

		補装具費 支給意見書 による判断	身体障害者手帳 による判断
義 肢 ・ 装 具		○	
車 椅 子		○	
姿勢保持装置 (車載用姿勢保持装置)		○	
歩 行 器		○	
様 式		補装具・様式11 ※2(補装具・様式10)	
電動車椅子		○	
様 式		補装具・様式8、11 ※2(補装具・様式10)	
補 聴 器		○	
様 式		補装具・様式11 ※2(補装具・様式10)	
人工内耳 (人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る)		○	
様 式		補装具・様式11、16 ※2(補装具・様式10)	
眼鏡	矯正用	○	
	コンタクトレンズ	○	
	遮光用	○	
	弱視用	○	
	様 式	補装具・様式12 ※2(補装具・様式10)	
義 眼		○	○ ※1(再支給)
様 式		補装具・様式12 ※2(補装具・様式10)	
視覚障害者安全つえ			○
様 式			補装具・様式11 ※2(補装具・様式10)
歩行補助つえ		○	○※1 (再支給)
様 式		補装具・様式11 ※2(補装具・様式10)	
重度障害者用意思伝達装置		○	
様 式		補装具・様式9、14	

※1再支給に当たり申請者の障害状況等に変化がなく前回支給された補装具と同じものを希望している場合の扱い。

※2難病患者等で身体障害者手帳が無い方、手帳等級が当該補装具に該当しない場合に要する。

[資料3]

補装具の耐用年数

(身体障害者)

種 目		耐用年数	種 目		耐用年数	種 目		耐用年数	
義 手	肩 義手	4	下 肢 装 具	膝 装具	3	上 肢 装 具	肩 装具	3	
	装飾用	3		両側支柱	3		肘 装具	3	
	作業用	3		硬 性	2		両側支柱	3	
	能動式	4		スウェーデン式	2		硬 性	2	
	上腕義手	4		軟 性	2		軟 性	2	
	装飾用	3		短下肢装具	3		その他	3	
	作業用	3		両側支柱	3		姿勢保持装置 (車載用姿勢保持装置)	3	
	能動式	3		片側支柱	3		車 椅 子	6	
	肘 義手	3		S型支柱	3		電動車椅子	6	
	前腕義手	3		綱線支柱	3		歩 行 器	5	
手	手 義手	3	靴 型 装 具	硬 性	3	歩 行 補 助 杖	松葉づえ	木材	2
	手部義手	1		(支柱あり)	1.5		軽金属	4	
	装飾用	2		(支柱なし)	2		ロフトランド'クラッチ	4	
	作業用	2		軟 性	2		多脚つえ	4	
	手指義手	1		足 装具	1.5		プラットホーム杖	4	
	装飾用	1		頸椎装具	3		視 覚 障 害 者 安 全 つ え	普通用(軽金属)	5
	作業用	2		金属棒	2			携帯用(軽金属)	4
	骨格構造義手	5		硬 性	2			身体支持併用 (軽金属)	4
				カラー	2			その他(主体が 繊維複合材料又は 木材)	2
	義 足	股 義足		4	体 幹 装 具		胸腰仙椎装具	3	義 眼
大腿義足		3	金属棒	2		眼 鏡	4		
常用		5	硬 性	1.5		コンタクトレンズ	2		
吸着式		3	軟 性	3		補 聴 器	5		
作業用		2	腰仙椎装具	2		重 度 障 害 者 用 意 思 伝 達 装 置	5		
膝 義足		3	金属棒	1.5					
常用		2	硬 性	2					
作業用		2	軟 性	2					
下腿義足		2	仙腸装具	3					
サイム義足		2	金属棒	2					
足根中足義足	2	硬 性	1.5						
鋼板入り	1	軟 性	2						
足袋型	1	骨盤帯	2						
足趾義足	5	側弯症装具	2						
骨格構造義足	3	ミウォーキー型	2						
下 肢 装 具	股 装具	3	金属棒	2					
	金属棒	3	硬 性	1					
	硬 性	2	軟 性	1					
	軟 性	3	側弯症装具	1					

※ 義手(手指義手除く) 電動式は各3年

[資料4]

義肢・装具の使用年数

義肢一般構造義肢

(身体障害児)

年 齢	使用年数	備 考	
0 歳	4 月		
1～2歳	6 月		
3～5歳	10 月		
6～14歳	1 年		
15～17歳	1年6月	次については、左記使用年数にかかわらず1年とすること。 1 義肢本体のうち「手部義手」の「装飾用」、「手指義手」の「装飾用」、「足根中足義足」の「足袋型」及び「足趾義足」 2 完成用部品のうち「手部(手袋以外の手先具)」、「手袋」及び「足部」 3 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」	使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと。

義肢一般骨格構造義肢

年 齢	使用年数	備 考	
0～14歳	1 年	「フォームカバー(義足用)」については、左記使用年数にかかわらず6月とすること。	使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと。
15～17歳	1年6月	1 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」については、左記使用年数にかかわらず1年とすること。 2 「フォームカバー(義足用)」については、左記使用年数にかかわらず6月とすること。	

装具

年 齢	使用年数	備 考	
0 歳	4 月		
1～2歳	6 月		
3～5歳	10 月		
6～14歳	1 年		
15～17歳	1年6月	次については、左記使用年数にかかわらず1年とすること。 1 装具本体のうち「側弯症装具」の「硬性」及び「軟性」 2 完成用部品のうち「足部」 3 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」	使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと。

第4章 自立支援医療（更生医療）

1 自立支援医療（更生医療）の趣旨

自立支援医療（以下、「更生医療」という。）は、疾病、事故、災害等による身体的損傷に対して医療がなされ、すでに治癒（欠損治癒や変形治癒等の不完全治癒）した身体障害者を対象とする。治療目的は、日常生活能力、社会生活能力、又は職業能力を回復又は向上、もしくは獲得させることである。更生医療の支給対象は、障害そのものであり、疾病や外傷を対象とした一般の医療と明らかにその趣旨が異なるものである。

したがって、更生医療の対象となる医療については、既に身体障害者手帳で認められている障害部位に対するものであることが前提にある。

- ・ 自立支援医療費の支給認定について（平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、最終改正 令和6年3月29日）
- ・ 自立支援医療費支給認定通則実施要綱
- ・ 自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

2 自立支援医療（更生医療）の対象

更生医療の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する18歳以上の身体障害者手帳の交付を受けた者であって、確実な治療の効果が期待できるものとする。

(1) 対象となる障害種別

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第6条の18で定めるものであること。

- ①視覚障害 ②聴覚障害・平衡機能障害 ③音声言語・そしゃく機能障害
- ④肢体不自由 ⑤心臓機能障害 ⑥じん臓機能障害 ⑦小腸機能障害
- ⑧ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（免疫機能障害）⑨肝臓機能障害

(2) 対象の範囲

更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られる。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならない。

3 自立支援医療（更生医療）の自己負担の取扱い

(1) 更生医療の1か月当たりの自己負担額（負担上限月額）について

受診者の属する「世帯」の所得水準に応じて、所得区分ごとに設けられる上限額（負担上限月額）と対象となる医療費の10/100に相当する額のいずれか低い方とされている。

負担上限月額は、自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるもので、同一月に受けた医療については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算せず、管理票も種類ごとに交付する。

(2) 所得区分の認定の基礎となる世帯について

受診者の属する世帯の世帯員のうち、受診者と同じ医療保険に加入する世帯員をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱う。

なお、受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子ども等がいる場合であっても、その親、兄弟、子ども等が、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、申請者の申請に基づき、受診者及びその配偶者を当該親、兄弟、子ども等とは別の世帯に属するものとみなす取扱いを行うことを選択することができる。

(3) 入院時の食事療養及び生活療養について

所得区分が、生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額が自己負担となる。

世帯の所得水準に応じた月額当たりの負担上限額

生活保護世帯	市町村民税非課税世帯		市町村民税（所得割）の合計額		
	低所得 1	低所得 2	中間所得層 1 (3万3千円未満)	中間所得層 2 (3万3千円以上 23万5千円未満)	一定所得以上 (23万5千円以上) 対象外
0 円	負担上限 月額 2,500 円	負担上限 月額 5,000 円	負担上限月額が設定されていない (医療保険の自己負担限度) 1割負担		
			高額治療継続者 ※（「重度かつ継続」）		
			中間所得層 1 負担上限月額 5,000 円	中間所得層 2 負担上限月額 10,000 円	一定所得以上 経過措置 (R9年3月31日まで) 負担上限月額 20,000 円

※【高額治療継続者（「重度かつ継続」）の取り扱い】

- ①じん臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害 心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
- ②疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者、医療保険の多数回該当の者。

4 他法・医療保険制度等との関係

- (1) 更生医療以外の医療については、医療保険対象であっても公費支給対象外である。
- (2) 更生医療と医療保険、後期高齢者医療制度が併用される場合には、医療保険、後期高齢者医療制度による給付が優先され、それらの自己負担部分が自立支援医療費での支給対象とされる。
- (3) 更生医療と長期高額疾病制度が併用される場合には、原則として、医療費総額から医療保険による保険負担部分を控除した自己負担部分(人工透析患者の場合は 10,000 円、

上位所得者は 20,000 円) と自立支援医療による自己負担上限月額を比較し、少ない額が最終的な自己負担額となり、その差額が公費負担される。

- (4) 更生医療と特定医療費（指定難病）助成制度が併用される場合は、更生医療による支給が優先される場合がある。
- (5) 更生医療と生活保護、心身障害者医療が併用される場合は、更生医療による支給が優先される。

医療保険制度等と適用順序

適用順序	制 度	自己負担額	対象とする医療の範囲
1	医療保険制度	3割負担（所得により限度額有り）	保険診療
2	医療保険制度内の長期高額疾病制度	月 1 万円 上位所得者 2 万円	透析等に係る保険診療
3	自立支援医療（更生医療）	1割負担（所得により限度額有り）	障害に係る保険診療
4	特定医療費（指定難病）助成制度	2割負担（所得により限度額有り）	指定難病に係る保険診療
5	岡山県障害者医療費公費負担制度	1割負担（所得により限度額有り）	保険診療

5 複数疾病の場合等の取扱い

(1) 受給者証は疾病ごとに発行

更生医療については、疾病に応じて必要となる支給認定の有効期間や受診する指定自立支援医療機関は異なる場合もあることから、複数の疾病が更生医療の対象に該当する場合については、その疾病ごとに受給者証を発行する。

(2) 受給者番号について

(1) に基づき複数発行された受給者証に記載する受給者番号は、受給者証ごとに異なる番号を設定し、受給者単位で同一の番号とはしない。

(3) 指定医療機関の指定について

更生医療を受ける指定医療機関の指定は同一受診者に対し原則 1 カ所とする。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。

(4) 自己負担上限月額が複数ある場合について

所得区分が中間所得層である受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、重度かつ継続に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病の全てについての更生医療に係る自己負担額の合計額について、重度かつ継続に係る負担上限額を適用する。（この取扱いは、月を通じて複数の自己負担上限額が設定されている場合にのみ適用するものであり、月の途中から複数の自己負担上限額が生じた場合には、それぞれの額を適用する。）なお、この場合、自己負担上限額管理票には疾病ごとに割り振った受給者番号全てを記載する。

6 支給の認定等

(1) 支給の対象となる医療の内容

- ①診察
- ②薬剤又は治療材料の支給
- ③医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- ④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る）

実施主体である市町村は、これらの支給を、指定自立支援医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）に委託して行うことになる。

更生医療の提供に関する具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。また、支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に関する費用に限られること。

(2) 支給認定の有効期間等

適用開始時期は原則として、身体障害者更生相談所の判定日以降の市町村の支給決定日である。ただし、緊急手術で直ちに医療を開始する必要があり、手続きが間に合わない等の緊急かつやむを得ないと認められる場合には、市町村の受理日を以て支給決定日とすることができる。

緊急かつやむを得ないと認められる例

障 害 名	具 体 例
心臓機能障害	息切れ等で受診したら洞不全症候群と診断され、急遽、ペースメーカー植込術を行うことになった。 適合する心臓の提供があり、急遽、移植手術を行うことになった。
じん臓機能障害	血液透析中に、内シャントが閉塞し、急遽、シャントの治療を行った。適合する腎臓の提供があり、急遽、移植手術を行うこととなった。
免疫機能障害	医師が直ちに抗 HIV 療法等を開始する必要があると判断した場合。
肝臓機能障害	適合する肝臓の提供があり、急遽、移植手術を行うことになった。

※医療費の支払いが困難である等の経済的な理由のみでは、やむを得ない事由にはならない。

支給認定の有効期間は原則 3 か月以内とし、有効期間が 3 か月以上に及ぶ支給認定を行うに当たっては慎重に取り扱うこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長 1 年とすること。（障害の種類、術式、リハビリテーションを含めて支給期間に差が生ずる場合もある。）

支給認定の有効期間が終了した際の再度の支給認定（以下「再認定」という。）は、支給認定申請書に再認定の必要性を記載した判定票等を添付の上、市町村長あて再度申請をさせること。

また、認定の有効期間内における医療の提供に関する具体的方針の変更については、

変更申請書に変更の必要性を記載した判定票を添付の上、市町村長あて申請させること。

なお、医療の具体的内容の変更を伴わず、単に指定医療機関を変更する際は、市町村への「自立支援医療費支給認定申請書（変更）」の提出を要するが、身体障害者更生相談所の判定は不要である。

さらに、支給認定の有効期間内に居住地を移転した場合の取扱いについては、平成29年2月6日付け障発 0206 第3号「自立支援医療費の支給認定の有効期間内に居住地を移転した場合の取扱いについて」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)をもとに処理すること。

(3) 身体障害者手帳との同時申請

更生医療の対象となる者は、身体障害者福祉法第4条に規定する18歳以上の身体障害者手帳の交付を受けた者であって確実な治療の効果が期待できるものであるが、56頁(2)の表に示すような生命に関わる緊急対応等が必要な状態で、身体障害者手帳の交付を受ける暇がない場合には、例外的に身体障害者手帳と更生医療の支給認定申請の同時申請を可能として扱うことができる。

市町村においては、受付の段階で、申請者の障害程度が身体障害者手帳の交付基準を満たしていること、緊急かつやむを得ない状況等を十分把握して同時申請の要否を慎重に検討すること。なお、同時申請の扱いとする場合には、できるだけ早期に身体障害者更生相談所に連絡をするとともに、判定依頼書〔医療・様式7〕(132頁)の身体障害者手帳欄に手帳同時申請中であること、備考欄に緊急かつやむを得ないと判断した理由を具体的に記載し提出すること。

7 判定依頼時等の障害別の留意事項及び対象例

(1) 心臓機能障害

- ① 支給対象は、心臓機能障害者であって、手術又は心臓移植術により心臓機能障害による症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものとする。
- ② 手術実施後(医療終了後)の申請は支給の対象とならない。事前申請が原則である。
- ③ 平成21年4月から「重度かつ継続」に該当する者について、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法)が追加となっている。
- ④ 支給対象となる代表的な疾患、術式の例は次のとおり。
 - ・心房、心室中隔欠損症→心房、心室中隔欠損閉鎖術
 - ・弁(僧帽弁・大動脈弁・三尖弁)閉鎖又は狭窄、心臓弁膜症
→弁形成術、弁置換術、弁移植術、経カテーテル的弁留置術、フォンタン手術、メイズ手術
 - ・心筋梗塞、狭心症 →冠動脈バイパス術、冠動脈形成術
 - ・洞不全症候群、完全房室ブロック
→ペースメーカー植込術、植込型除細動器移植術、ペースメーカー交換術(電池交換)
 - ・心臓移植、心臓移植術後抗免疫療法
※原則的には手術を前提としているので、内科的治療は支給対象外である。
※術後の感染症に対する薬物療法は支給対象となる。

(2) じん臓機能障害

ア 支給対象

じん臓機能障害者のうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能障害による症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものとし、人工透析療法、じん臓移植術及びこれらに伴う医療に限る。

- ・人工透析療法：血液透析、腹膜透析、透析をするためのシャント造設またはカテーテル埋込みの手術、シャント閉塞時のシャント治療、腹膜透析導入時の訪問看護
- ・じん臓移植手術及び術後抗免疫療法

イ 留意事項

- ① 訪問看護は、腹膜透析導入時、病院から在宅へ復帰するため訪問看護が必要な場合に3ヶ月に限り対象とする。市町村は、本人の状況、家庭状況等の実情を把握した上で、判定票に訪問看護計画書（様式自由）を添付し判定依頼書を提出すること。（訪問看護計画書は本人、家族が腹膜透析の手技と清潔操作を習得し在宅で自己管理できる内容であること。）
- ② 人工透析中であっても、更生医療で認められた治療（人工透析療法・じん臓移植術）とは直接関係のない治療は、支給対象外である。じん臓機能障害とは直接関係のない理由（骨折治療等）で入院中の場合、入院基本料は、支給対象外である。
- ③ じん臓移植術を施行し移植腎の機能低下により透析を再導入する際は、身体障害更生相談所の判定を必要とする。
- ④ 人工透析は外来治療が基本であるため、入院が長期（3ヶ月以上）におよぶ場合は、本人の状況を詳細に確認すること。
- ⑤ 人工透析（慢性透析療法）には、1)血液透析 2)腹膜透析があり、2)から1)への移行及び1)から2)への移行又は、1)及び2)を併用している場合は、治療の変更はないものとみなし、市町村の判断で再認定が可能である。

(3) 肝臓機能障害

支給対象は、肝臓移植術と術後の抗免疫療法に伴う医療とする。

(4) 肢体不自由

- ① 支給対象は、身体障害者手帳所持者であって、手術により肢体不自由の症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものとする。また、手術を行う部位に関する身体障害者手帳の障害認定を受けていることが必要である。
- ② 複数の関節の手術を予定している場合には、それぞれの関節の手術時に、身体障害者更生相談所の判定を必要とする。
- ③ 支給対象となる代表的な疾患、術式の例は次のとおり。
 - ・変形性関節症、関節リウマチ、代謝性疾患に基づく骨関節の変化、側弯症
→骨切り術、人工関節置換術、関節形成術、骨移植術、機能訓練、治療用装具
 - ・不良切断端→断端形成術
※骨髄炎そのものに対する手術や骨折そのものに対する骨接合術は急性期に行なわれるため、更生医療の支給対象外である。

(5) 聴覚障害

支給対象となる代表的な疾患、術式の例は次のとおり。

- ・慢性中耳炎、感音難聴 → 鼓膜（鼓室）形成術、人工内耳植込術
- ・外耳性難聴、外耳道閉鎖症 → 外耳道形成術、人工中耳植込術
- ・鼓膜穿孔、鼓膜癒着 → 鼓膜剥離術、形成術

(6) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

- ① 歯科矯正における 1 回当たりの支給認定有効期間は最長 1 年とし、更新により手術後最長 3 年間支給対象とすることができる。
- ② 支給対象となる代表的な疾患、術式の例は次のとおり。
 - ・口蓋裂・兔唇 → 口蓋裂形成術、口唇裂形成術
 - ・そしゃく機能障害 → 歯科矯正治療 マルチブラケット装置、保定装置
 - ・その他 → 人工喉頭、食道発声訓練

(7) 視覚障害

支給対象となる代表的な疾患、術式の例は次のとおり。

- ・白内障、緑内障 → 水晶体摘出術、摘出後の人工レンズ埋め込み術
緑内障手術
- ・網膜剥離 → 網膜剥離手術（光凝固術）
- ・眼球摘出後の組織充填 → 義眼胞埋術
- ・角膜白斑、角膜混濁 → 角膜移植術、角膜点墨術、光学的虹彩切除術

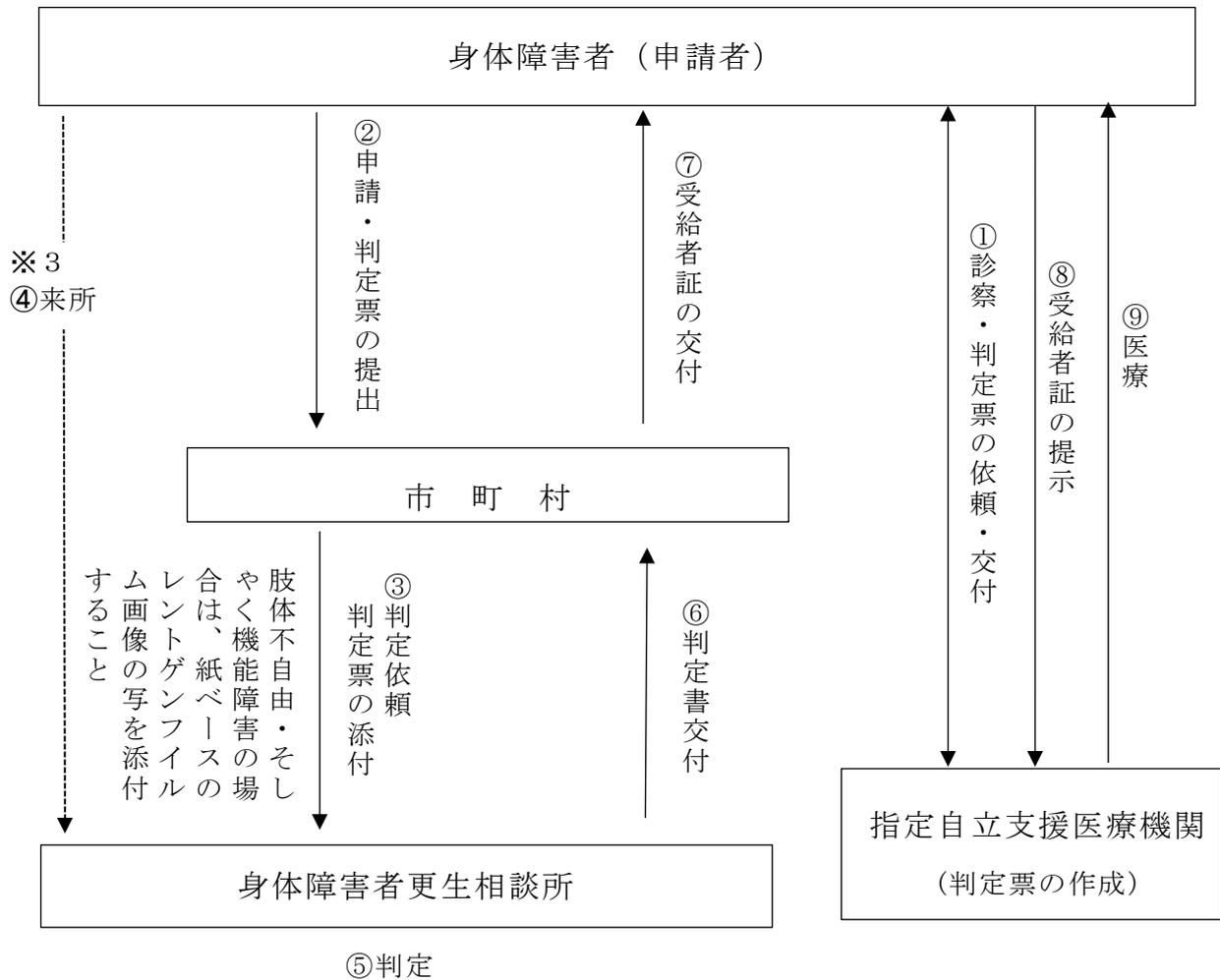
(8) 小腸機能障害

支給対象は、小腸の大量切除又は小腸の疾病による小腸機能障害者であって、中心静脈栄養法により栄養維持が困難な小腸機能障害による症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものとし、中心静脈栄養法及びそれに伴う合併症に対する医療に限る。

(9) 免疫機能障害

- ① 支給対象は、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能障害を有する身体障害者であって、抗 HIV 剤の投与等により免疫機能障害による症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものとする。
- ② 市町村から身体障害者更生相談所に判定依頼する場合には、プライバシー保護のため、必要な書類を封筒に入れ、「親展」「更生医療担当者宛」として送付すること。また、他の書類を同封しないこと。さらに、受給者証の医療の具体的方針等の記載等についても配慮すること。
- ③ 支給対象となる代表的な医療の例は次のとおり。
 - ・HIV 感染者 → 抗 HIV 療法・免疫調整療法等 HIV 感染に対する医療、訪問看護
 - ・合併症の予防及び治療は、HIV 感染によるものに限る。

8 自立支援医療（更生医療）の事務の流れ



※1 判定依頼時には、61 頁の別表の必要書類を添付すること。

※2 一連の事務手続きには、一定期間を要するため、緊急かつやむを得ないと認められる場合を除く判定依頼は、治療開始まで1か月以上の余裕をもって行うこと。

※3 肢体不自由、聴覚障害、音声言語・そしゃく機能障害では、判定医が必要と認める場合には、本人が来所し判定を受ける必要がある。

別表 自立支援医療（更生医療）判定依頼時必要書類一覧

障害区分	判定依頼書(様式7)	判定要(医療様式)	医療費概算額算出表(様式5)	心電図超音波検査	訪問看護計画書	レントゲンフィルム画像	必要と認める治療期間	その他(留意点等)
心臓機能障害	新規(移植以外)※1	○ 様式2	○	○			手術及びそれに伴う医療 3か月	
	新規 移植+抗免疫※1	○ 様式2	○	○			1年	ただし、移植の治療期間は3か月
	抗免疫療法 更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
じん臓機能障害	新規※1	○ 様式3					1年	
	更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
	訪問看護	○ 様式3			○※4		3か月	新規で在宅での腹膜透析導入時
	新規 移植+抗免疫	○ 様式3					1年	ただし、移植の治療期間は3か月
肝臓機能障害	抗免疫療法 更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
	新規 移植+抗免疫	○ 様式4					1年	ただし、移植の治療期間は3か月
肢体不自由※1・3	更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
	抗免疫療法 更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
聴覚障害※1・3	更新		○ 治療材料の内訳表を添付			○紙媒体	入院+通院6か月	判定日:毎月第2水曜日
	新規※1・3	○ 様式6	○				3か月	判定日:毎月第1金曜日
視覚障害※1	更新		○ 様式2			○紙媒体	1年	判定日:毎月第1金曜日
	新規※1	○ 様式1	○				3か月	
小腸機能障害	更新		○ 様式2				1年	判定日:奇数月第3火曜日
	新規※1	○ 様式2	○				1年	判定日:月1回程度
免疫機能障害	更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	
	訪問看護	○ 様式2					1年	判定日:月1回程度
	新規※1	○ 様式2			○※4		1年	判定日:月1回程度
	訪問看護 更新		身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2				1年	

※1 新規申請時、緊急かつやむを得ないと認められる場合を除いて、原則身体障害者手帳との同時申請は認めない。

※2 再認定時、病状の変化及び治療方針の変更がある場合には、身体障害者更生相談所の判定が必要となる。

※3 肢体不自由、聴覚障害、音声言語・そしゃく機能障害は、判定医が必要と認めた場合は来所判定を行う。

※4 訪問看護計画書に開始(予定)日が記載されていることを確認すること。

※5 すべての機能障害について、緊急かつやむを得ないと認められる場合を除く判定依頼は、治療開始まで1か月以上の余裕をもって行うこと。

9 自立支援医療（更生医療）判定票等作成要領

(1) 共通事項（該当がある場合のみ）

[治療経過の概要]：身体障害に関する既往病歴と治療経過、検査値等を主に記載する。
治療経過は更生医療を行う当該医療機関の治療経過を主とし、他の医療機関での治療がある場合もわかる範囲で記載する。

[治療方針]：更生医療で行う医療内容を具体的に記載する。特に、手術等を行う医療についてはその術式及び内容を記載する。

[改善見込]：更生医療による障害の軽減、苦痛の除去等の効果を記載する。

[年間医療費概算額]：更生医療対象分についてのみ記載する。

また、下記「自立支援医療費概算額算出表 医療・様式5」の作成要領を参考にして、通院費を含めて算出した額を「年間医療費概算額」欄に記載する。または、判定票に併せて「自立支援医療費概算額算出表 医療・様式5」を作成して添付する。この場合、年間医療費概算額の欄に記載する金額と様式5に記載する金額を整合させること。

[指定自立支援医療機関名・科・医師名]：自立支援医療機関として指定を受けている医療機関名、診療科名及び主たる医師名を記載する。

(2) 個別事項

① 自立支援医療（更生医療）判定票（視覚障害者用）[医療・様式1]（124頁）

[現 症]：障害の状況について、外眼、中間透光体、眼底の状態や視覚障害と関わり深い症状等現症について、左右両眼について記載する。

② 自立支援医療（更生医療）判定票 [医療・様式2]（125頁）

[保険種別]：他法との関係を確認するために記載する。

[治療経過の概要・現症・検査値等]：共通事項の[治療経過の概要]に示した記載内容のほか現症及び検査値等について記載する。

[補 装 具]：治療用装具（膝装具等）の支給が必要な場合、具体的に記載する。

[年間医療費概算額]：共通事項に示した記載内容のほか、入院日数、通院必要月数及び回数を記載する。

[通院費再掲]：この欄は、[年間医療費概算額]に計上した通院費について、各月の通院費の額及びその合計額を再掲する。なお、判定票に併せて「自立支援医療費概算額算出表・様式5」を作成し添付する場合、この欄に記載する金額と様式5に記載する金額を整合させること。

③ 自立支援医療（更生医療）判定票（じん臓機能障害者用）[医療・様式3]（126頁）

[治療経過の概要、具体的な治療方針]：裏面の「判定票記入上の留意事項」をもとに、経過及び人工透析導入時期等を記載する。
じん臓移植術については、移植施行日がわかるよう経過を記載する。

④ 自立支援医療（更生医療）判定票（肝臓機能障害者用）[医療・様式4]（128頁）

[臨床所見等]：裏面の「判定票記入上の留意事項」をもとに、該当する症状の番号を○で囲み、合併症については必要事項を記載する。

[具体的な治療方針]：肝臓移植後の免疫抑制剤の投与をしている場合は、薬剤名、免疫抑制剤の血中濃度、肝臓移植術施行年月日等を記載する。

⑤自立支援医療費概算額算出表〔医療・様式5〕(130頁)

健康保険診療報酬点数表に基づき年間医療費概算額を算出するために作成する。治療方針と因果関係のない治療は自立支援医療としては認められないため、更生医療として認められる医療費額を算出し記載する。

[手術料]：術式、治療材料、麻酔(種類)、輸血(自己血回収術)

肢体不自由者の治療材料は別紙に内訳を添付する。

[入院料]：入院基本料を記載する。

その他、通院費用、治療用装具の概算について内容がわかるように記載する。

10 自立支援医療(更生医療)の適用と身体障害者手帳等級の再認定

更生医療の適用による身体障害者手帳等級の見直しについては、更生医療の判定票に記載されている手術日やその後の医療を含めた適用期間をもとに再認定日が指定されるため、判定票に記載された手術日等と現実の手術日等に乖離が生じた場合には、時期の変更に応じた再認定日を改めて指定する必要がある。

このため、更生医療を適用した手術について、適用期間が当初予定から1か月以上の変更が生ずる場合には、市町村から身体障害者更生相談所への情報提供をお願いすることとしている。(参考様式148頁)

(詳細は、平成30年4月13日付け福相障第6060号各市町村障害福祉担当課長あて「自立支援医療(更生医療)を適用した手術による身体障害者手帳等級の再認定に必要な情報提供について」(岡山県身体障害者更生相談所長通知)を参照)

第5章 巡回更生相談

1 巡回更生相談

巡回更生相談は、身体障害者等（児童及び戦傷病者・難病患者を含む）巡回更生相談実施要綱に基づき、遠隔地等の理由により来所困難な身体障害者等に対し、巡回して医学的判定及び社会的判定等を行い、併せてその更生に必要な総合相談に応じることを目的とするものである。

巡回更生相談は市町村の要望をもとに管轄県民局がとりまとめをし、身体障害者更生相談所が実施するものであり、管轄県民局及び市町村との連携・協力が重要である。

(1) 巡回更生相談実施の手順

ア 身体障害者更生相談所は、管轄県民局を通して市町村に対し実施希望調査を行うとともに、協力医療機関にも協力可能な回数や曜日を確認する。（前年度の秋頃）

イ 実施希望調査を基に協力医療機関、県民局及び市町村と連絡を取りながら日程調整を行い、「身体障害者等巡回更生相談計画表（案）」を作成し、その実施計画案に基づき、管轄県民局を通して市町村に実施会場の確保を依頼する。

ウ 「身体障害者等巡回更生相談計画表」を作成し、巡回更生相談協力機関に協力を依頼する。

エ 身体障害者更生相談所は管轄県民局及び市町村に実施について通知し、それを受け市町村は、身体障害者等に対し巡回更生相談日時を周知する。

オ 予定者を把握した市町村は、一週間前までに身体障害者更生相談所に予約をし、判定依頼を行う。また、巡回更生相談当日には担当者を派遣し、障害者等に対し必要な支援を実施する。

身体障害者等（児童及び戦傷病者・難病患者を含む）巡回更生相談実施要綱

1 目的

遠隔地の身体障害者等（児童及び戦傷病者・難病患者を含む。以下同じ。）に対し、協力機関との協力・連携により、巡回して医学的判定等を行うことで、地域の障害者の総合的支援に努め、障害者福祉の増進を図る。

2 実施主体

岡山県

3 実施機関

岡山県身体障害者更生相談所

4 協力機関

国立大学法人岡山大学岡山大学病院、恩賜財団岡山済生会総合病院、医療法人明芳会佐藤病院、日本赤十字社岡山赤十字病院、独立行政法人労働者健康安全機構岡山労災病院、学校法人川崎学園川崎医科大学附属病院、一般財団法人津山慈風会津山中央記念病院、はせがわ耳鼻咽喉科クリニック、社会福祉法人山陽新聞社会事業団、公益財団法人岡山県身体障害者福祉連合会、岡山県肢体不自由児者福祉協会

5 事業の内容

- (1) 自立支援医療（更生医療）の判定
- (2) 補装具の処方並びに適合判定
- (3) その他更生相談に関すること

6 担当区分

(1) 医学的診査

国立大学法人岡山大学岡山大学病院
恩賜財団岡山済生会総合病院
医療法人明芳会佐藤病院
日本赤十字社岡山赤十字病院
独立行政法人労働者健康安全機構岡山労災病院
学校法人川崎学園川崎医科大学附属病院
一般財団法人津山慈風会津山中央記念病院
はせがわ耳鼻咽喉科クリニック
岡山県身体障害者更生相談所

(2) 聴力検査

岡山県身体障害者更生相談所

(3) 総合相談

岡山県身体障害者更生相談所
県民局・市（社会）福祉事務所及び町村（以下「市町村」という。）

(4) 補装具相談・指導

岡山県身体障害者更生相談所
補装具事業者

(5) 広報

県、市町村

社会福祉法人山陽新聞社会事業団

公益財団法人岡山県身体障害者福祉連合会

7 実施場所及び対象障害

実施場所は別に定める「身体障害者等巡回更生相談計画表」による。

対象障害は肢体不自由と聴覚障害である。

8 実施要領

- (1) 岡山県身体障害者更生相談所は、「本要綱」と「身体障害者等巡回更生相談計画表」に基づき、県民局、市町村及び関係機関と連絡調整を図るとともに、判定に係る用具の調達や準備を行う。
- (2) 県民局は、市町村相互間の連絡調整及び市町村に対するその他必要な援助を行う。
- (3) 市町村は、会場の手配及び準備を行うとともに、民生委員、児童委員及び身体障害者相談員等の協力を得るなどして、巡回更生相談の実施について周知徹底を図る。
- (4) 市町村は、できるかぎり参加予定者を事前に把握し岡山県身体障害者更生相談所に通知するとともに、申請があれば事前に判定依頼書を送付する。
- (5) 関係機関は巡回更生相談当日、それぞれの担当区分の業務を実施する。
- (6) 市町村は、当日の結果に基づき、必要な支援を行う。

附則

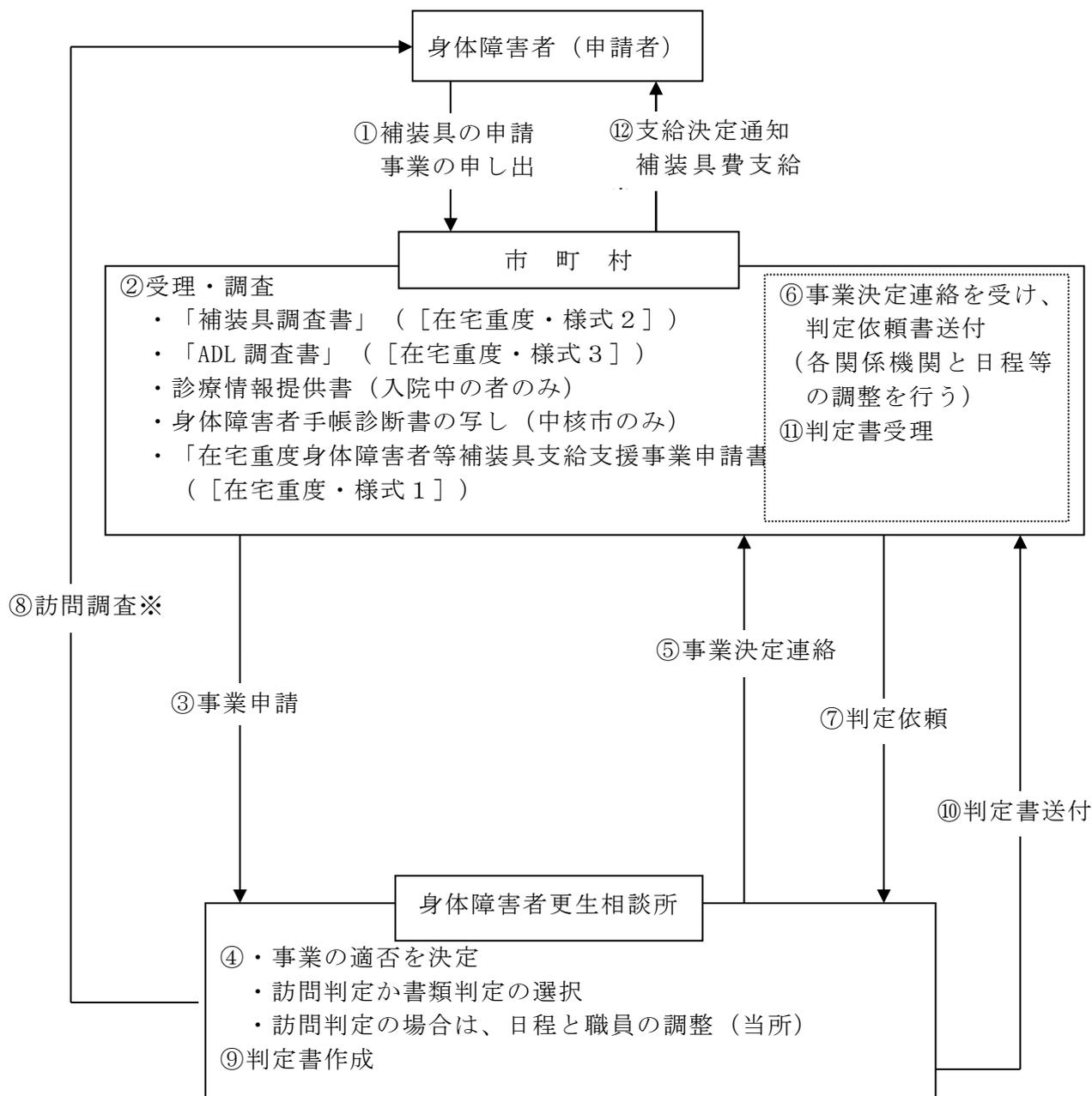
この要綱は、昭和29年5月1日から適用する。
平成19年4月1日から適用する。
平成23年4月1日から適用する。
平成25年4月1日から適用する。
平成26年4月1日から適用する。
平成27年4月1日から適用する。
平成29年4月1日から適用する。
平成30年4月1日から適用する。
平成31年1月1日から適用する。
令和2年2月1日から適用する。
令和3年4月1日から適用する。
令和6年6月1日から適用する。
令和7年5月1日から適用する。

2 在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業

身体障害者更生相談所が実施する来所相談、巡回更生相談を利用できない在宅の重度身体障害者（肢体不自由に限る）又は、障害者総合支援法に定める難病患者等に対し、補装具費支給の途を開き障害福祉の増進を図るために訪問し判定するものである。必要に応じて身体障害者更生相談所の医師等による訪問判定も実施するが、書類判定もあり得る。

詳細については、「在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業実施要綱」を参照のこと。

(1) 在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業の手順



※書類判定の場合は、訪問調査不要

在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業実施要綱

1 目的

身体障害者更生相談所が実施する来所相談・巡回相談を利用できない在宅の重度身体障害者（肢体不自由に限る）並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 4 条第 1 項に規定する「治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって 18 歳以上であるもの」（以下「難病患者」という。）に対し、関係機関の協力を得て訪問判定又は書類判定を行うことにより補装具支給の途を設け障害者福祉の向上を図る。

2 実施主体

岡山県身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）

3 関係機関

市町村

4 事業の対象者

次の各号の項目をすべて満たす者とする。

- (1) 在宅の重度身体障害者（肢体不自由の身体障害者手帳所持者）又は難病患者であること。
- (2) 身体障害の程度や健康状態等の理由から、来所相談・巡回相談を利用できない者（長時間の移動に耐えられない者等）であること。
- (3) 補装具の支給が不可欠であること。

5 対象となる補装具

- (1) 車椅子、姿勢保持装置
- (2) その他必要と認められる補装具

6 実施方法

- (1) 補装具の支給を希望する身体障害者は、居住地の市町村に対し事業の適用を申し出る。
- (2) 市町村は補装具調査書〔在宅重度・様式 2,3〕により調査の上、必要と認めた場合、当該調査書と身体障害者手帳の写し（中核市のみ）を、在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業申請書〔在宅重度・様式 1〕に添付して、更生相談所へ申請する。
- (3) 更生相談所は、提出された関係書類により当事業の適否を決定する。
なお、訪問判定か書類判定の決定後、市町村は判定依頼書を更生相談所へ送付する。
- (4) 訪問判定が必要な場合は、日程を調整の上、市町村担当者、更生相談所担当者等でチームを組み訪問する。
- (5) 補装具の支給が適当と判断した場合は、本人の希望する補装具製作者が在宅重度身体障害者等宅へ採寸のために訪問する。

7 医療機関入院中の者についての取扱いについて

退院して自宅に帰ることがはっきりした場合、在宅に準じて当事業を適用する。その際、市町村は入院中の医療機関から診療情報提供書を取り寄せ、更生相談所へ送付する。

附則

この要綱は、平成 10 年 4 月 20 日から適用する。
平成 15 年 12 月 1 日から適用する。
平成 19 年 4 月 1 日から適用する。
平成 22 年 4 月 1 日から適用する。
平成 25 年 4 月 1 日から適用する。
平成 27 年 4 月 1 日から適用する。
令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

第6章 身体障害者手帳

1 意義

身体障害者福祉法（以下「法」という。）による福祉サービスは、法別表に掲げる一定程度以上の障害を有する者に対して行われるが、個々のサービスを行うに当たり、そのつど障害程度の認定を行うことは、煩雑であり、また、福祉サービスに迅速を欠くことにもなる。そこで、あらかじめ障害程度を認定し、同法別表に該当する身体障害がある旨の証票として、身体障害者手帳（以下「手帳」という。）を交付することとし、本法による福祉サービスは、この手帳の所持を前提として行うこととなっているので、身体障害者にとって大変重要な手帳である。

(1) 手帳の交付対象者（法第15条）

身体障害者福祉法別表に定める障害を有する者

(2) 障害程度等級表（法施行規則第5条）

障害の級別は、法施行規則第5条第3項に定める別表第5号「身体障害者障害程度等級表」による。

○手帳の対象となる障害の種類

視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう又は直腸機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、肝臓機能障害

2 交付申請

身体に障害のある者は、法第15条第1項に規定する指定医師の診断書を添えて、その居住地の市町村（市及び福祉事務所を設置している町村にあっては福祉事務所）を經由して（法施行令第4条）、都道府県知事（又は指定都市・中核市の長）に手帳の交付申請をすることとしている。なお、障害者本人が15歳未満の児童（以下「児童」という。）については、その保護者が児童に代わって申請する。ただし、乳幼児については、原則障害程度を判定することが可能な年齢（概ね満3歳）以降に申請することが望ましいとされている。

市町村から進達された申請書類について、都道府県知事（又は指定都市及び中核市の長）が、障害程度を審査した結果、その障害が法別表に掲げるものに該当すると認めるときは申請者に交付決定通知書及び手帳を交付し、法別表に掲げるものに該当しないと認めるときはその理由を附して申請者に却下決定通知を行うこととしている。

なお、手帳の交付を受けた者（以下「手帳交付者」という。）は、手帳を他人に譲渡したり又は貸与してはならないことになっている。

また、手帳交付を受けたときに比較して、その障害程度の変更やすでに有していた障害に加え、それ以外の障害を有するに至った場合には、上記と同様の手続きで再交付申請をすることができる。

○ 交付申請者及び経由市町村

障害者本人（児童）が15歳未満の場合は、児童本人の保護者が申請者となり、経由市町村は当該保護者の居住地の市町村となる。

障害者本人が15歳以上の場合は、障害者本人が申請者となり、経由市町村は障害者本人の居住地の市町村となる。

○ 法第 15 条指定医師

病院又は診療所所在地のある都道府県知事（指定都市、中核市）が、その医療機関で勤務する医師を、法第 15 条で定める指定医師として、診断できる診療科目とともに指定したものである。

なお、岡山市、倉敷市又は他都道府県（政令市・中核市）で指定を受けた医師が、非常勤勤務地である本県（岡山市・倉敷市除く）の医療機関において診断書を作成する場合、改めて本県の指定を受ける必要はない（医療機関に対し指定を受けた医療機関名がわかるよう括弧書きで医療機関名の後に（〇〇病院所属）と記入するよう依頼している。）。

(1) 手帳の新規申請時に申請者が市町村に提出する書類等

ア 身体障害者手帳交付申請書（様式：150 頁様式第 4-1 号）

イ 身体障害者診断書・意見書（以下「診断書」という。）

ウ 写真（縦 4 cm×横 3 cm）1 枚

エ マイナンバー制度関係の本人確認書類の提示（番号法第 16 条関係）

申請者から個人番号の提供を受けるとき、本人確認措置が必要である。

a 番号確認書類

「マイナンバーカード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写」等のいずれか。

b 身元確認書類

マイナンバーカード、運転免許証、旅券、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、その他（官公署から発行された書類で「写真」・「氏名」・「住所又は生年月日」の表示があるもの等）のいずれか。

(2) 市町村から岡山県身体障害者更生相談所（以下「身更相」という。）への進達書類

市町村は、上記(1)の内、「ア 身体障害者手帳交付申請書、イ 身体障害者診断書・意見書、ウ 写真（縦 4 cm×横 3 cm）1 枚」を身更相に進達する。

なお、上記(1) エ は市町村受付窓口で確認をするが、身更相への進達は不要。

特に手帳情報と個人番号の紐付け誤りが起きないように、申請受付時に申請書の個人番号の記入誤りがないか番号確認を必ず行うこと。

○ 法別表(身体障害者の範囲)

一 次に掲げる視覚障害で、永続する（注 1）もの

1 両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ 0.1 以下のもの

2 一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもの

3 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの

4 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの

二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続する（注 1）もの

1 両耳の聴力レベルがそれぞれ 70 デシベル以上のもの

2 一耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他耳の聴力レベルが 50 デシベル

<p>以上のもの</p> <p>3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの</p> <p>4 平衡機能の著しい障害</p> <p>三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害</p> <p>1 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失</p> <p>2 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続する（注1）もの</p> <p>四 次に掲げる肢体不自由</p> <p>1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続する（注1）もの</p> <p>2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの</p> <p>3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの</p> <p>4 両下肢のすべての指を欠くもの</p> <p>5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続する（注1）もの</p> <p>6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害</p> <p>五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害<u>その他政令で定める障害(注2)</u>で、永続し（注1）、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの</p>

(注1)「永続する」障害とは、その障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。

(注2)「その他政令で定める障害」とは、法施行令第36条で、以下のとおり定められている。

- ・ぼうこう又は直腸の機能（昭和59年9月26日政令第288号）
- ・小腸の機能（昭和61年9月19日政令第300号）
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能（平成10年1月19日政令第10号）
- ・肝臓の機能（平成21年12月24日政令第517号）

(3) 各種申請書等の取扱いについて

ア 交付申請書（150頁様式第4-1号）等

(7) 交付申請書について（151頁「資料1：申請書記入例」参照）

a 個人番号（本人欄のみ）

- ・マイナンバー制度（情報連携）による申請者本人の個人番号を記入する。
- ・申請者が個人番号を把握せず記入が困難な場合には、市町村が個人番号関係事務実施者として住民基本台帳を利用して記載することは可能。
- ・申請受付時に記入された個人番号の番号確認を必ず徹底すること。誤りの個人番号が記入された申請書が進達された場合、手帳情報と個人番号の紐付け誤りの原因となる（「障害者手帳申請受付時における個人番号の確認の徹底について」（令和5年7月5日付け各市町村障害福祉担当課長宛岡山県障害福祉課長・身体障害者更生相談所長事務連絡）参照）。

b 居住地

- ・原則として、住民基本台帳上の住所を記入し、郵便番号も記入する。
- ・居住地特例について・・・居住地特例対象施設の入所・入居者については、

現住所によることなく、入所・入居する前の居住地を有していた市町村の居住地を手帳の住所とするので、その住所を記入する（「身体障害者・療育手帳の交付に係る「居住地」の取扱いについて」（平成18年6月30日付け障第478号各市町村長宛岡山県保健福祉部長通知）参照）。

※この場合診断書の住所と申請書の特例居住地が相違するので、相違する理由（例：居住地特例対象）を申請書余白に明記しておく。

※令和5年4月より居住地特例対象施設に介護保険施設等を追加。

※施設の住所が申請書に記入されている場合、居住地特例に該当する場合がありますので留意する（少なくとも管内市町村内施設の住所地は把握しておくこと）。

c 氏名

- ・押印は不要。
- ・ふりがなの記入がないと台帳を二重に作成してしまう原因となるので、必ずふりがなを記入する。
- ・保護者が申請者の場合、児童本人は本人の欄に、保護者は保護者の欄にそれぞれ記入する。
- ・氏名は住民票に登録された氏名・漢字を記入し、旧字体等を用いている場合、その旨を印字又はメモ書き等で記す。特に画数が多い漢字や、新字と旧字の見分けがつきにくい漢字などは、大きめの文字で表記する。

d 申請者が保護者の場合

児童は本人欄に記入し、保護者は保護者欄に保護者の氏名、生年月日、居住地及び児童本人との続柄を記入する。

- ・保護者欄の続柄には、児童との続柄を記入する（例：父、母）。
- ・保護者の居住地が児童のそれと同一のときは、保護者欄の居住地の記入を省略することができる。
- ・児童本人の個人番号を、保護者と間違えて記入しないよう留意する。

e 申請者が外国籍の場合

住民票上の氏名を記入する。氏名欄に通称名のみ記入されていることもあるので、住民票に登録された氏名であるか確認する。なお、住民票に登録された通称の併記も可能なので、本人が手帳に通称の記載を希望する場合には、本人に氏名の後に括弧書きで通称を記載させる。

また、住民基本台帳制度の適用対象となる特別永住者又は中長期在留者（在留カードで確認）であれば交付対象となるが、在留資格が短期滞在や不法滞在の者は交付対象としていない。

f 申請年月日の記入

原則として、市町村が受付した年月日を申請年月日とする。

g 市町村の受付印

- ・市町村は申請書を受付した日付の受付印を、申請書の右上に押印する。診断書作成日に遡って受付しないこと。
- ・市町村の受付年月日（＝申請日）が手帳の交付日となる。

h 自立支援医療（更生医療）との同時申請（緊急かつやむを得ないと認められる場合）（56頁参照）

市町村において申請者の障害程度が手帳の交付基準を満たしており、緊急かつやむを得ない状況を把握・検討した結果、同時申請扱いとする場合に、申請

書の中央上に「更生医療同時申請」と朱書き（151頁参照）する。

(イ) 写真について

写真は法施行規則第2条で定める申請書に添付する必要書類である。また、交付される手帳には写真が貼付され、記載された内容が本人であることを証し、本人確認書類として身分証明書にもなるので、以下のとおり取扱いに留意する。

なお、写真写りは、社会通念上、本人識別が容易にできるものであることを基本とするが、市町村において、受付する時に写真を必ず確認し、法施行規則で定める次の規格 a～c や d、e に合致しないもの、本人識別が容易でない認められるものは、申請者に再提出を求めること。

a 縦 4 cm×横 3 cm ※サイズ厳守（旅券・運転免許申請用の規格は不可）

b 脱帽して上半身を写したもの。ただし、宗教上又は医療上の理由により、顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布等で覆うことが認められる場合を除く。

c 申請日前1年以内に撮影されたもの。ただし、特別な事情があり、その写真で本人認識をする上で支障がない場合は除く。

d 原則無背景、正面向きのもの。ただし、乳幼児、寝たきり等やむを得ない理由により撮影されたものは除く。

e 通常の写真用紙（普通紙に印刷されたもの、薄くて破損するおそれのある写真は不可。）

※1 受付したら写真の裏面に、氏名、生年月日及び市町村名を記入する。

※2 進達する写真は、氏名を記入した封筒に写真を入れテープ等で封じ、申請書にホッチキス止め又はクリップ止めをする。

(ウ) 診断書について

a 様式の確認

最新の様式であることを確認する。

b 氏名、住所の確認

申請書に記載された氏名、住所と一致しているか確認する。不一致の場合、特別の理由があるときは、その旨別紙等に記載する。

c 診断書作成日の確認

診断書の作成日から申請日までの有効期限は、原則3か月以内とする。3か月经過した診断書が提出された場合には、進達前に身更相に協議すること。ただし、例外として障害程度に変化がないと判断できるもの（切断、心臓ペースメーカー植込み、弁置換）は除く。

なお、有効期限を経過した診断書又は有効期限内の診断書でも記載された検査（所見）日が3か月以上経過しているものは、申請時における申請者の障害の状況を診断したものと判断ができないため、審査会諮問対象の案件（79頁参照）となる。

d 総括表の確認

診断日、医療機関名称、医療機関所在地、診療担当科名、医師氏名の記載漏れがないか確認する。※診断医師の押印がなくても可。

e 指定医師及び診療科目の確認

診断書を作成した医師が法第15条で定める指定医師であるか、また、その指定医師が申請された障害の診療科目の指定を受けているか、できる限り確認する。

f 病院又は診療所の確認

指定医師が診断した病院名又は診療所名が記載されているか、また、他の医

療機関で指定を受けた非常勤勤務医師が診断した場合、所属する医療機関名も記載されているか確認する。その他、老人保健施設等の名称及びその所在地が記載され、診断医も指定医師でない場合があるので留意する。

g 法第 15 条第 3 項の意見

診断書作成医師による意見（該当の有無・障害程度等級）が記載されているか確認する。診断書の内容は申請者にも確認してもらう。

h 障害認定時期等の確認

岡山県では、永続する障害の状態（障害固定）を的確に判断するため、78 頁（6）の岡山県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会（審査部会）（以下「審査会」という。）において、障害の原因となる疾病等の発生年月日又は手術施行年月日から診断書作成日までの概ねの期間（障害認定時期）を、原則 1 年経過後と定めている。ただし、疾病、外傷等により例外もある（例：（聴覚）－6 か月経過後、（肢体不自由）外傷性脊髄（頸髄）損傷－受傷より 3 か月経過後（完全麻痺に限る）、外傷以外の脊髄（頸髄）損傷・脳血管障害－6 か月経過後、人工関節置換術－術後から 3 か月経過後、切断－術後、（心臓）ペースメーカ植込術－術後、（直腸・ぼうこう）永久ストマ造設術－術後等）。

なお、障害認定時期を経過していない診断書による申請は、審査会諮問対象案件となり、現時点では障害固定と判断できないと判定された場合には却下となる。特に肢体不自由に係る申請で、発症、手術等から所定の障害認定時期を経過せず申請して却下（156 頁「却下決定通知書」参照）となることが多いので留意する。

i その他留意事項

- ・診断書は紙ベースで審査するので、X 線や CD 等による検査データディスクの提出があっても受け付けできない。
- ・A3 サイズの診断書（肢体、心臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸機能障害用など）が、A4 サイズに分割されている場合に、頁漏れがないか確認する。
- ・視覚障害で視野障害による申請には、ゴールドマン型視野計又は自動視野計について、いずれも両眼の視野検査結果「視野図（表）」の写が添付されているか確認する。
- ・肢体不自由（外傷性脊髄（頸髄）損傷による完全麻痺）申請には、紙で印刷された「MRI 画像」が添付されているか確認する。また、その画像に、検査年月日及び申請者名の記載があるか確認する。
- ・心臓機能障害の申請に、心電図所見日の「心電図」又はその写が添付されているか確認する（ただし、人工弁移植・弁置換術、ペースメーカ等植込みを行ったものは添付がなくてもよい）。また、添付された心電図に、検査年月日及び申請者名の記載があるか確認する。
- ・語音明瞭度による聴覚障害の申請をしている場合は、測定結果の「語音明瞭度検査表」（日本聴覚医学会の定める検査表）が添付されているか確認する。
- ・聴覚障害で申請時に聴覚障害の手帳を持たない者が、聴覚障害 2 級（両耳全ろう）を申請する場合には、「他覚的聴覚検査」又はそれに相当する結果の写が添付されているか確認する。

イ 再交付申請書（152 頁様式第 4-2 号）

(7) 再交付申請書について

押印は不要。

- (イ) 申請理由（紛失、破損、障害程度変更、その他（再認定、記載欄に余白がなくなった等））を記入する。単に手帳が古くなったからという理由は不可。
- (ウ) 旧手帳番号欄に、所持している手帳の交付機関、番号、交付年月日を記入する。
- (エ) 氏名と個人番号の確認
記入された個人番号を確認し、住基で氏名に誤りがないか確認する。本人が外国籍の場合、記入された氏名と手帳の氏名が通称名の場合がある。
- (オ) 個人番号記載の省略（紛失又は破損の場合）
個人番号カードや運転免許証等の提示により本人確認ができた場合には、記載は不要である。
- (カ) 添付書類
 - a 写真（縦 4 cm×横 3 cm） 1 枚 ※サイズ厳守
 - b 現手帳の写
 - c 診断書・意見書（障害程度変更・再認定による場合には、添付する。）
- (キ) 留意事項
 - a 再交付日（申請書の市町村受付年月日）については、新手帳の備考欄に、程度変更及び再認定の場合は「令和〇年〇月〇日 程度変更」、紛失の場合は「令和〇年〇月〇日 紛失再交付」、破損の場合は「令和〇年〇月〇日 破損再交付」と記載される。
 - b 他の障害追加による程度変更申請の場合、現在交付されている障害に再認定が付されている場合、再認定時期を現手帳又は更生指導台帳で確認する。再認定の手続きをせず再認定時期が経過している場合には受付できないので、先に再認定の手続きを終えてから、申請するよう指導する（82 頁参照）。

ウ 申請の取り下げ

申請者は、処分があるまでは、いつでも申請を取下げることができる。申請後に新たな診断書で再度申請したい場合、紛失による再交付申請後に手帳が交付されるまでの間において手帳が発見された場合は、申請者本人から取下書（153 頁様式第 3 号）を提出させること。

また、申請者が申請中に死亡した場合、申請者の家族から手帳交付を希望されかつ認定基準を満たす時には手帳を交付するので、申請者の家族に手帳交付希望があるか確認を行うこと。申請者の家族が医療機関に対する医療費支払で手帳の交付を希望する場合には、家族に交付を行い、使用後直ちに「返還届」を提出させ（77 頁才返還届(イ)参照）、申請者の家族が手帳交付を希望しない場合には、「取下書」を提出させること（令和元年 7 月 8 日付け障第 414 号各市町村障害福祉担当課長宛岡山県保健福祉部障害福祉課長通知）参照）。

エ 居住地等変更届（154 頁様式第 5 号）

手帳の交付を受けた者（障害者本人又はその保護者 以下「届出者」という。）は、氏名の変更又は同一市町村内で居住地を移したときは、30 日以内にその居住地の市町村に、他の市町村に居住地を移したときは、30 日以内に新居住地の転入先市町村に、その旨届け出る必要がある（法施行令第 9 条第 2 項、第 4 項）。

ただし、居住地を移して居住地特例対象施設に入所又は入居したときは、居住地を移した旨の届け出は要しない。

(ア) 届出者の押印は不要。県内間（岡山市・倉敷市除く）の居住地変更の場合は、個人番号の記入は不要。

(イ) 届け出のあった市町村は、手帳の該当欄に変更内容を記入した後、記載事項変

更後の手帳原本を届出者に返却するとともに、その変更後の手帳全面の写を添付して変更届を、身更相に進達する。

※1 手帳の変更内容の記入について、居住地変更の場合は現住所欄に変更後の住所及びその変更年月日を追記し、その横の欄に福祉事務所長印又は町長印を押印する。氏名変更の場合は二重線を引き、その上に押印し変更後の氏名及びその変更年月日を記入する。

※2 他市町村からの転入による居住地変更は、転出元の市町村から更生指導台帳を引き継いで法9条で定める援護の実施主体となり、補装具費の支給も行うことになる。ただし、居住地を移して施設入所に伴う変更届が提出されたときは、施設が居住地特例対象施設か、施設入所サービスの支給決定等を行った市町村が転出元か転入先か、確認することが必要である。

(ウ) 県内市町村（岡山市・倉敷市除く）から転入した変更届が提出された時は、転入先市町村は転出元市町村に直接更生指導台帳の送付依頼を行う（86頁参照）。

(エ) 県外又は岡山市・倉敷市を転出し県内市町村（岡山市・倉敷市除く）に転入した旨の変更届を、身更相が当該市町村から受理したときは、身更相は旧居住地の自治体の長あてに、その届出を受理した旨と転出元市町村備付の更生指導台帳の送付依頼を記載した「身体障害者居住地変更通知書」（157頁様式第6号）により通知する（法施行令第9条第6項）。この場合、転入先市町村は、上記(ウ)の送付依頼は不要である。

(オ) 県外及び岡山市・倉敷市から転出し県内市町村に転入した変更届が提出され、本県以外で交付された手帳に再認定及び再認定時期が記載され、再認定時期をすでに経過しているときは、速やかに再認定に係る診断を受け再交付申請を行うよう指導する（84頁（4）参照）。

(カ) 県内市町村（岡山市・倉敷市除く）から転出し、県外市町村に転入したことにより、身更相が、新居住地の自治体の長から変更届提出の旨と転出元市町村にある更生指導台帳の送付依頼が記載された通知を受理したときは、身更相は県内の転出元市町村に対し、居住地変更届があった旨と転入先市町村あてに更生指導台帳の送付依頼を記載した「身体障害者の居住地変更について」（159頁参考様式）により通知する。

オ 返還届（157頁様式第8号）

届出者でその手帳を所持する者は、障害者本人が障害を有しなくなったとき又は死亡したときは、速やかに手帳を添付して本人居住地の市町村に届け出る必要がある。市町村は受付後、身更相に届出書類を進達する（法第16条第1項、法施行令第12条第1項）。

(ア) 非該当になった場合

障害程度の変化等により法別表に掲げる障害を有しなくなったときは、返還届の「返還理由」のその他欄に、返還理由（例：指定医師に非該当との説明を受けたため返還、障害が非該当と却下処分を受けたため返還）を記入する。

(イ) 死亡した場合

障害者本人が死亡した場合は、その親族等が返還届により返還するが、本人の「個人番号」の記載は不要である。また、手帳が紛失しているため手帳を返還できない場合には、返還届の「返還理由」欄にその旨追記する。なお、親族が本人居住地市町村とは異なる親族居住市町村に対して手帳を返還することがあるので、手帳記載住所と更生指導台帳で確認の上、親族に本人居住地の市町村に返還

するよう指導するか、事情でやむを得ず手帳を受け取った時は本人の居住地の市町村に手帳と返還届を転送する。

(ウ) 再交付を受けたときの旧手帳の返還義務

再交付申請者が新手帳の再交付（障害程度変更、再認定、破損）を受けたときは、旧手帳を返還する義務がある（法施行規則第7条第2項）。手続きとして、申請者に旧手帳と引き換えに交付することになるが、旧手帳が市町村に返還された場合、必ずしも申請者から返還届を提出させる必要はない。ただし、市町村が返還届を徴しない場合は、返還届に代えて、市町村から身更相への進達書類に返還理由（再交付に伴う返還）を明示する。

カ 身体障害者死亡等通知書（158頁参考様式）

障害者本人が死亡したにもかかわらず、親族等から手帳が返還されない場合に、市町村が当該障害者が死亡した事実を確認したときは、身更相に速やかに通知する（法施行令第12条第2項）。

キ 県外からの転入による居住地変更かつ手帳紛失等の場合の再交付申請について

障害者が転入先市町村に居住地等変更届を提出するとき、手帳を紛失（又は破損による記載内容不明）している場合には、再交付申請を同時に行うことも可能であるが、岡山市・倉敷市（県交付の手帳は除く）又は他県から転入した場合には、その転出元市町村からの更生指導台帳が身更相に提供されない限り、手帳の交付はできない。このため、身更相から直接その転出元市町村に対し台帳の送付依頼を行い、身更相に台帳が届き次第転入先市町村へ送付するので、転入先市町村は台帳を確認し当該市町村の台帳を作成した上で、再交付申請書を正式に受付し、作成した台帳を添付して再交付申請書類を身更相に進達する。

ク 返還届提出の省略

市町村における死亡相続に係る行政手続きのワンストップ施策として、手帳が死亡者の他の書類とともに一括して一の窓口に戻却された場合に、親族等から返還届を受理していなくても、死亡の事実が確認された時は返還届の提出が省略でき、代わりにカの身体障害者死亡等通知書を作成し身更相に提出する。

(4) 障害の審査について

障害認定の総括的事項や障害別・級別の認定基準を定めた「身体障害認定基準」と、その取扱いを定めた「身体障害認定要領」、その基準等の取扱いに関して疑義回答した「疑義解釈」など、国の関係諸通知等に基づき、障害が法別表に掲げるものに該当するか審査し、障害程度等級については、指定医師の意見を参考とし、診断書の現症欄等の記載内容によって決定する。それらの判定が困難の場合には、(6)に記載する審査会諮問事案としている。

(5) 医師照会について

国の通達で「知事は、申請時に提出された診断書に疑義又は不明な点がある場合は、必要に応じて、診断書を作成した医師に対して申請者の障害の状況につき照会するものとする。」と記されており、身更相から直接診断医師に照会している。その場合、返送までに通常2週間ほど時間を要している。さらに不明な点がある場合には、再度医師照会している。また、障害内容の修正などにより、障害等級相当意見が修正されることがある。

(例) 診断医の意見等級と認定基準に基づいた等級とが結びつかないケース、肢体不

自由で同一疾患、同一部位の障害にもかかわらず、下肢機能と体幹機能とが重複認定して診断書に記載されているケースなど

- (6) 審査会（岡山県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会（審査部会））について
岡山県社会福祉審議会は、社会福祉法第7条で規定する地方社会福祉審議会に相当し、身体障害者福祉専門分科会は、各障害分野の専門医師により構成され、障害程度や指定医師に関する審査等を行っている。

審査会の諮問対象案件は、「審査会への諮問を要する事案（93頁資料1参照）」のとおりであり、諮問案件になったら、身更相担当から市町村担当に通知するので、申請者に対してもその旨通知をお願いする。

審査会は、原則として奇数月の第3火曜日に開催されるが、身更相は開催日前に諮問書（審査票）を作成し、事務局である本庁障害福祉課に提出する必要があるため、奇数月に受付した交付申請書は、審査会諮問案件となるものがあることを見通して、早期に身更相に届くよう進達すること（ただし、診断書の記載内容により、審査会諮問前に医師照会を先に行わざるを得ないものもあり、医療機関からの診断書の返送が遅れた場合は次の審査会に諮問されることになる。）。

なお、審査会に諮問した案件は、翌月の中旬までに答申がなされ、身更相は、それに基づき審査結果（交付決定、却下、再提出）の通知を行う。

また、申請等級が下位等級で承認され、その下位等級で認定した場合には、下位等級になった市町村と申請者あての説明書を、交付決定通知書に添付するので、市町村は申請者に交付時にその旨説明をお願いする（80頁(9)ウ参照）。

- (7) 自立支援医療（更生医療）との同時申請に係る留意事項について

自立支援医療の支給対象者は身障手帳を交付されている障害に対するものであり、手帳が交付されない限り、判定書は交付（支給）されないため、手帳担当が自立支援医療担当と異なる場合には、自立支援医療担当と連携して対応する必要がある。このため、内部障害で自立支援医療の支給による手術日等を先に決定した上で同時申請することのないよう留意するとともに（手帳申請が審査会諮問事案となり交付決定が遅れるケースがある）、診断書作成日に遡って交付申請書を受付することがないよう留意すること。

また、同時申請でないが、肢体不自由で自立支援医療による人工関節置換術の場合は、肢体不自由の下肢に再認定が指定されることに留意する（63頁10、83頁(2)ア参照）。

- (8) 手帳交付申請その他留意事項について

ア 手帳を所持しているのに、申請者本人が過去の手帳交付を忘れていたり、障害部位の違いにより申請者が新規で申請することがあり、誤って手帳を二重交付してしまうおそれがある。新規申請でも申請者への聞き取りや更生指導台帳により確認して進達すること。

イ 手帳交付者でない者から肢体不自由7級相当の診断書による新規申請があった場合には、受付時に、肢体不自由単独7級で認定されても、手帳は交付されないことを申請者に確認すること（80頁(9)イ参照）。

ウ 複数の障害の同時交付申請について

申請者が同時に複数の診断書をもって交付申請する場合には、1枚の交付申請書に記載させる（写真も1枚）。障害ごと別々に審査されるが、同時申請のため、一

方の障害が先に処分（交付決定又は却下）されることはなく、処分は同時になる。もし一方の障害が審査会諮問案件になれば、もう一方の障害が認定可能であっても、処分は一方の審査会答申後になる（審査会により却下となっても同様）。なお、交付申請中において処分があるまでは、次の障害に係る再交付申請は受付できない。

(9) 手帳の交付について

ア 県受付から交付決定までの事務処理期間について

国は手帳の申請から交付までに要する標準事務処理期間として「概ね 60 日以内」という目安を示しているが、身更相では市町村から申請書類が到達した日（県受付日）から、医師照会及び審査会諮問案件を除いて、概ね 1 か月以内に交付決定し、手帳を市町村に送付することとしている。県の「許認可事務標準処理期間要綱」では、経由機関（市町村） 5 日、処理期間 25 日の計 30 日、協議機関（審査会）処理期間は 70 日の計 100 日と定められている。

このため、市町村は補正を求める必要のない申請書を受付したら、速やかに書類を身更相に送付すること（数日分受付の申請書類を多くまとめて送付しない）。審査会案件がすぐ到達されていれば審査会に諮問できたが、遅れて到達されたため、次の審査会に回さざるを得ないこともあるので、申請者から交付されるまでの期間が長いと指摘を受けないよう留意すること。

なお、記載内容に不備のない診断書による申請又は手帳の破損・紛失による再交付申請の場合には、申請から交付決定まで早期に処理される。

イ 手帳交付の対象となる障害程度等級

肢体不自由についてのみ、身体障害者障害程度等級表に「7 級」が定められているが、障害程度が「7 級」一項目だけでは法の対象とならず、手帳は交付されない。7 級に該当する障害が 2 つ以上重複する場合又は 6 級以上の障害と重複する場合は、法の対象となり、手帳が交付される。障害程度等級が 7 級の一項目のみであり、他に該当する障害がない場合は、審査会答申によりたとえ 7 級認定とされても、1 つのみでは法の対象とならない。ただし、肢体以外の障害がある手帳交付者による肢体単独 7 級の申請又は肢体以外の障害と肢体単独 7 級の同時申請が認定になれば、肢体 7 級は手帳に記載される。

ウ 障害程度下位等級の交付決定について

申請した障害等級（申請時に添付する診断書へ診断医が参考意見として記載する障害等級）より、下がった等級で交付決定されることがある。これは、医師照会により下位等級に訂正される場合と審査会の答申により下位等級で承認される場合とがあるが、いずれも市町村及び申請者あてに交付決定通知に加えて、下位等級になった説明書を添付するので、申請者への手帳交付時に説明をお願いする。

エ 再交付について

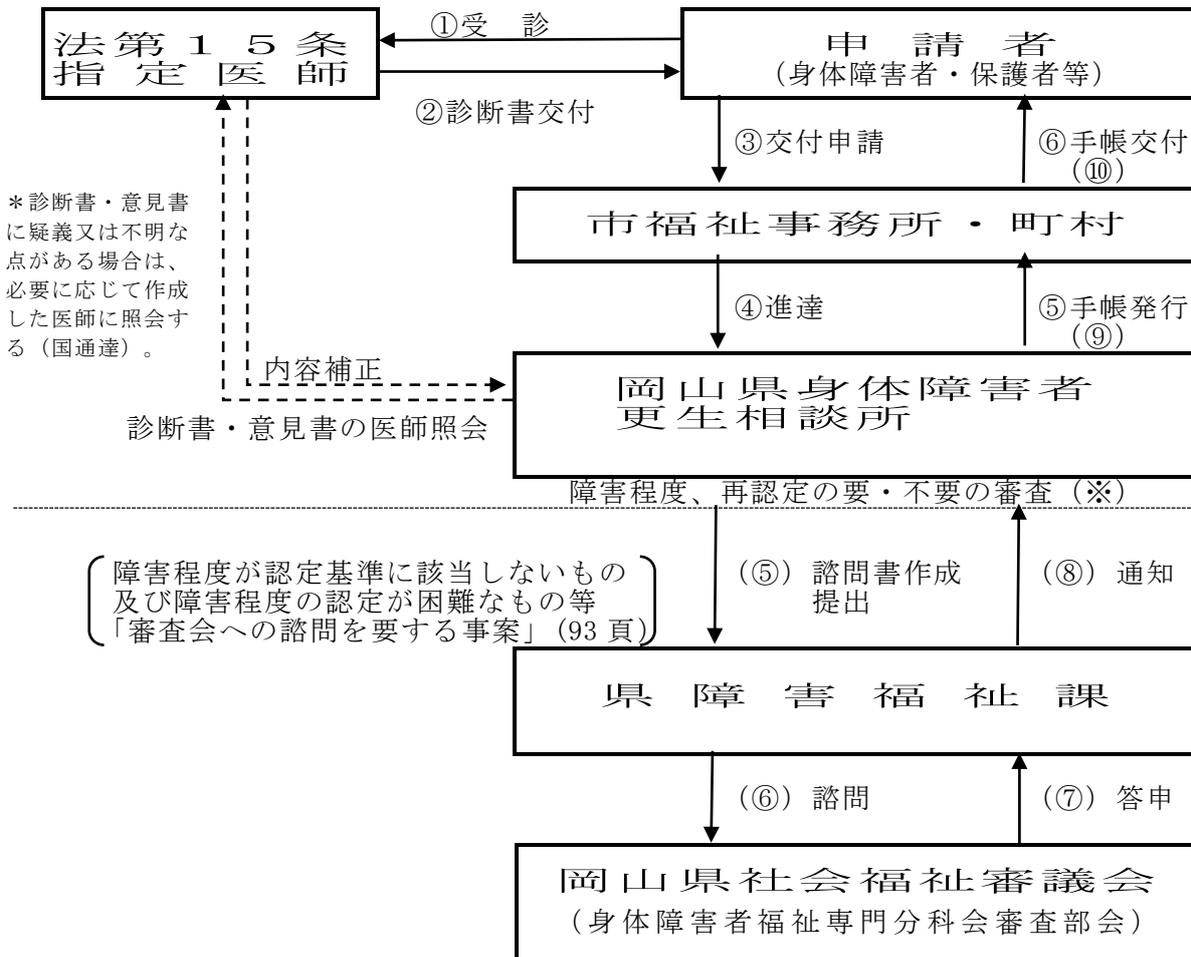
再交付（障害程度変更、再認定、破損）に係る申請した者への新手帳の交付は、必ず旧手帳と引き換えに交付すること。法令で申請者が再交付を受けたときは、旧手帳は返還しなければならないことになっており（手帳の複数所持は不可）、旧手帳の返還がされないうちに、先に新手帳を渡したり送付したりしないこと（旧手帳の返還がされないことが予想され、旧手帳と新手帳が混合利用されたり、等級低下した場合には不正利用されるおそれもある）。

- ・「都道府県知事は、第 7 条の規定による通知により身体障害者手帳の交付を受けた者の障害程度に重大な変化が生じたと認めたときは、先に交付した身体障害者

手帳と引換えに、その者に対し新たな身体障害者手帳を交付することができる。」
(法施行令第 10 条第 3 項)

- 「前項に規定する者（*障害程度に変化が生じたり新たな障害が追加した者）は、令第 10 条第 1 項の規定により身体障害者手帳の再交付を受けたときは、先に交付を受けた身体障害者手帳を都道府県知事に返還しなければならない。」（法施行規則第 7 条第 2 項）
- 「身体障害者手帳の再交付（*紛失による）を申請した後（*交付を受けた後）、失った身体障害者手帳（*紛失した旧手帳のこと）を発見したときは、速やかにこれを都道府県知事に返還しなければならない。」（法施行規則第 8 条第 2 項）

3 手帳交付事務のフロー図



(※) 診断書・意見書（医師照会後の補正後も含む）の内容により、申請の流れは身更相において障害認定する場合と審査会に諮問する場合とに分けられる。

(注1) 障害別の認定基準である「身体障害認定基準」と、その取扱いを定めた「身体障害認定要領」などにより、障害程度を判定する。

(注2) 指定都市（岡山市）・中核市（倉敷市）は、独自で身体障害者手帳交付事務を行う。

4 障害程度の再認定制度について

(1) 概要

ア 再認定制度とは

(ア) 県が手帳を交付する際に、将来障害程度に変化が予想される者（以下「対象者」という。）に対し、手帳交付時から1年以上5年以内の期間で再認定時期を指定した場合、対象者は、その時期までに手帳再交付申請を行い、改めて障害程度の審査を受けるものとする。

(イ) 対象者は、新規又は再認定による手帳交付者のうち、次のいずれかに該当する者とする。

a 発育によりその障害程度に変化が生じることが予想される者

- b 自立支援医療（更生医療）によりその障害程度に変化が生じることが予想される者（63 頁参照）
- c その他障害程度に変化が生じることが予想される者

(2) 再認定事務の流れ

ア 再認定が必要な旨の通知（手帳交付時又は更生医療判定書交付時）

身更相は、手帳を交付（再交付）する際に、手帳に「再認定時期」を記載するとともに、「障害程度の再認定について（再認定を要するので手帳再交付申請を行うべき旨の通知書）」を市町村を経由して対象者に交付する。

* 人工関節等置換者（肢体不自由）に対する再認定について

申請時に人工関節等置換術を受けることが判明している場合（診断書に記載）は、手術日（予定日）の1年後を、再認定時期として指定し、手帳に記載（未定の場合は「人工関節等置換1年後に再認定要」と記載）する。

また、更生医療との同時申請は認めていないため、手帳交付後に更生医療を使って人工関節等置換術を施行することが判明した場合は、更生医療による治療期間終了後から3か月後の月末を、再認定時期として指定し市町村経由で本人あてその旨通知する。

イ 再認定の実施通知

身更相は、「再認定時期」の概ね2か月前に、再認定の手続等について、市町村を経由して対象者に通知する。

ウ 再認定の手続等

(ア) 対象者は、通知を受けて、15条指定医師による診断を受けた後、再交付申請書にその診断書及び写真を添えて、身更相の指定する期限までに、申請書類を市町村に提出する。

(イ) 市町村は、再交付申請書類（再交付申請書、指定医の診断書、写真）を身更相に進達する。

(ウ) 身更相は、提出された診断書に基づき再認定を行い、障害程度が法別表に掲げる障害に該当すると認めた場合には、市町村を経由して、対象者に先に交付した旧手帳と引換えに新たに手帳を交付する（市町村は旧手帳を返還させる）。

(エ) 対象者から市町村にやむを得ない理由で受診することが困難で再交付申請が遅れる旨の連絡を受けた場合には、できる限り早期に診断を受けるよう促すとともに、身更相に未提出理由を記載した「診断書未提出者調査票」を提出する。

* ペースメーカー植え込み者（心臓機能障害）に対する再認定について

植え込みから3年後の再認定対象者が、植え込み術を施行した医療機関でなく、別の医療機関で受診することがわかった場合には、対象者に対し、ペースメーカー植え込みによる再認定に係る診断であることを、その医療機関（15条指定医師）に伝えるよう指導する（疑義解釈通知でペースメーカー植え込みから3年の再認定の判定基準が示されており、それに対応した診断書及び意見書の作成が求められるため）。

○ 更生医療による手術日等の変更に伴う再認定に必要な情報提供（63 頁 10 参照）

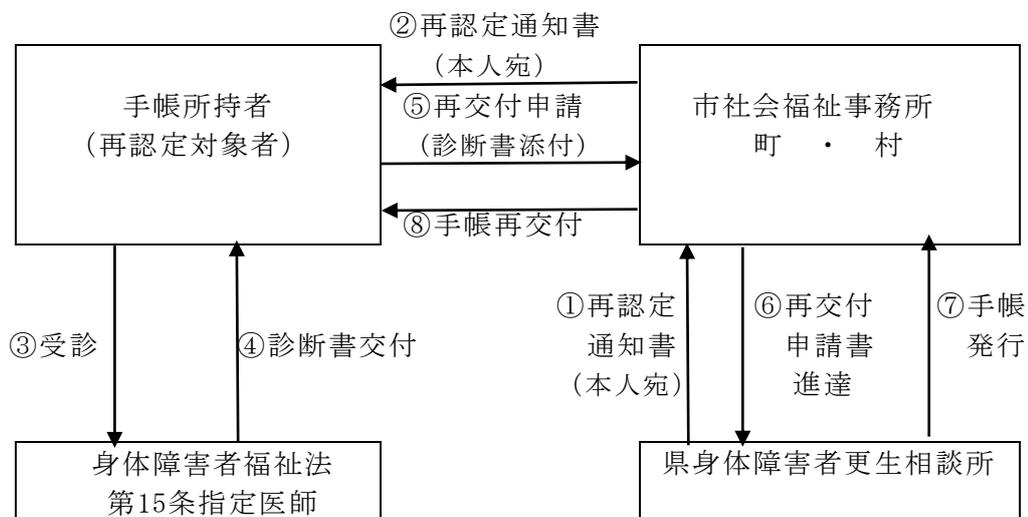
更生医療を適用した手術により指定された再認定時期は、判定票に記載された手術予定日やその後の医療を含めた更生医療適用期間をもとにしているが、判定書交付後、手術予定日の変更により判定票に記載された更生医療適用期間最終月が1か月以上変更が生ずる場合は、指定された再認定時期も変更する必要があるため、別紙様式（148頁）により身体障害者手帳担当に情報提供を行うこと。

情報提供に基づいて再認定時期を再設定し市町村を通じて本人に通知する（手帳には記載しない）。提供のない場合は、更生医療適用期間中、再交付申請を行うことになるので留意すること（「自立支援医療（更生医療）を適用した手術による身体障害者手帳等級の再認定に必要な情報提供について」（平成30年4月13日付け福相障第6060号各市町村障害福祉担当課長宛岡山県身体障害者更生相談所長通知）参照）。

○ 再認定に係る受診の結果、非該当になった場合

対象者が再認定に係る受診の結果、指定医師が「障害程度が法別表に掲げる障害に該当しない」と判断した場合は、対象者は、法第16条第1項の規定に基づき、その旨を記入した返還届（157頁様式第8号）に手帳を添付して、市町村を経由して身更相に提出する必要がある。また、再認定に係る再交付申請で審査会答申非該当とされた場合も、同様に手帳の返還が必要である。

(3) 再認定事務のフロー図



(4) 再交付申請に応じない者（以下「未提出者」という。）に対する指導について

- ・市町村は、再認定の趣旨などを十分説明の上、未提出者に再交付申請を行うよう指導する。なお、再認定を受けていないことにより、手帳が即無効になることはないが、特に更生医療の適用等による再認定は、障害程度が軽減化している可能性もあるので、早急に受診して再交付申請するよう促すこと。
- ・岡山市、倉敷市、他県から転入した手帳交付者から変更届が提出され、手帳の確認により、再認定が指定され、再認定時期がすでに経過していた場合も、未提出者と同様に再交付申請するよう指導する（77頁エ(カ)参照）。
- ・市町村は、再交付申請を行う提出期日を経過しても再交付申請がない場合は、調

査の上、「診断書未提出者調査票」を作成し、身更相に報告する。身更相はその内容に基づき、未提出者に対し申請指導を行う。なお、指導を続けても、正当な理由がなく再交付申請に応じない場合は、法に基づき手帳の返還を命ずる場合がある。

- ・再認定に係る事務取扱いについては、「身体障害者手帳等級の再認定の徹底について」（令和2年2月7日付け福相障第11389号各市町村障害福祉担当課長宛岡山県身体障害者更生相談所長通知）のとおり。

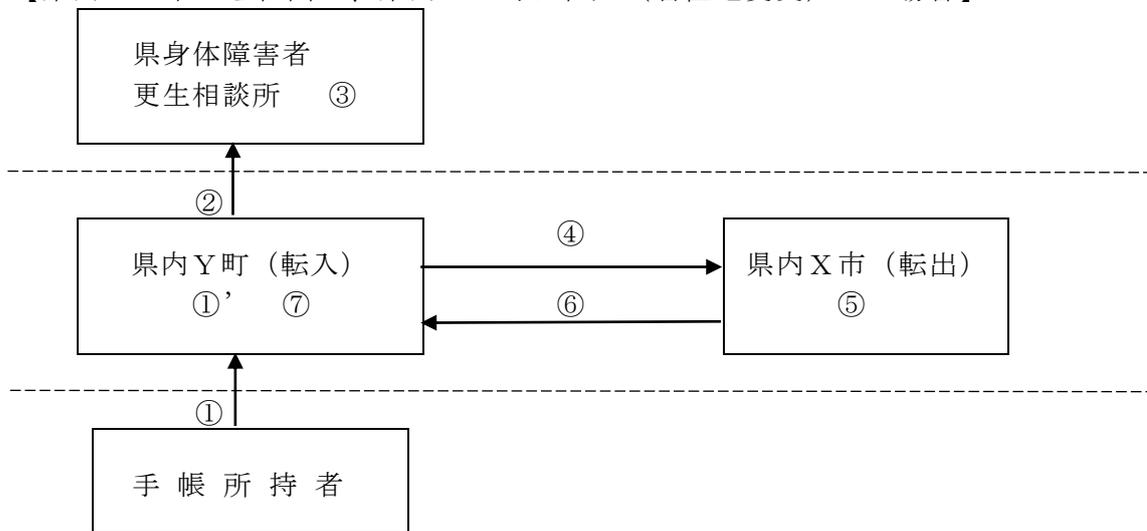
(5) 再認定に係る関係通知

- ア 身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて（H12.3.31 障第276号各都道府県知事宛厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）
- イ 身体障害者手帳の障害程度にかかる再認定の取扱いについて（H22.3.15 各県民局長・身体障害者更生相談所長宛保健福祉部長通知）
- ウ 岡山県身体障害者手帳障害程度の再認定に関する要綱（H22.4.1 から適用）
- エ 身体障害者手帳の障害程度の再認定実施に伴う事務について（H22.3.15 各市町村障害福祉担当課長宛岡山県保健福祉部障害福祉課福祉推進班長事務連絡）
- オ 自立支援医療（更生医療）を適用した手術による身体障害者手帳等級の再認定に必要な情報提供について（H30.4.13 各市町村障害福祉担当課長宛岡山県身体障害者更生相談所長通知）
- カ 身体障害者手帳等級の再認定の徹底について（R2.2.7 各市町村障害福祉担当課長宛岡山県身体障害者更生相談所長通知）

5 手帳の居住地変更に伴う事務処理

(1) 県内市町村（岡山市・倉敷市を除く）間の転入転出

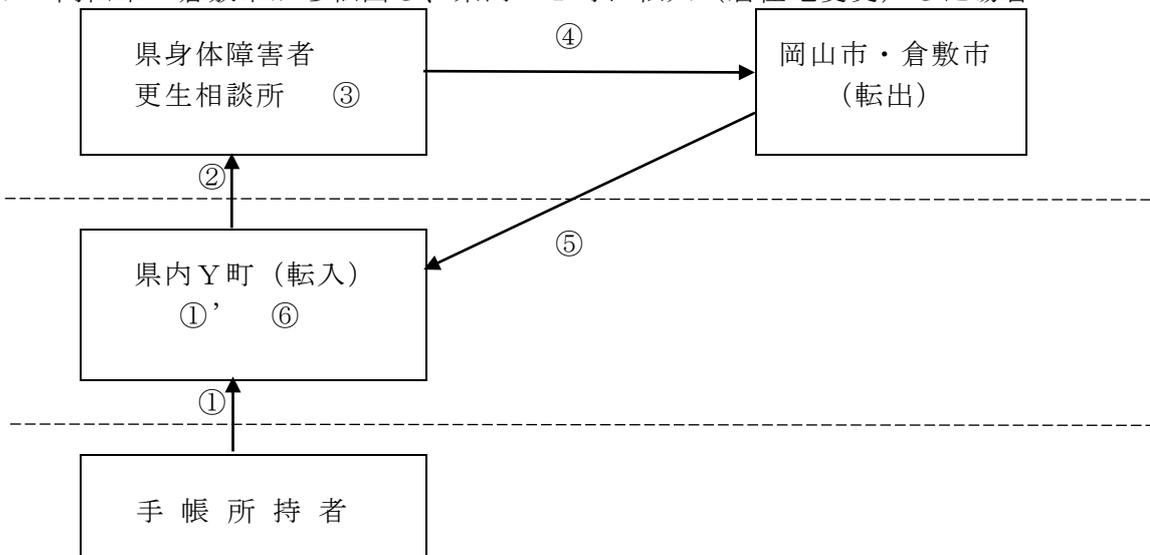
【県内のX市から転出し、県内のY町に転入（居住地変更）した場合】



- ① 所持者は居住地変更届を提出（手帳提示）
- ①' Y町は手帳の現住所欄に新居住地を記入し、押印する。記入後の手帳の写をとり、手帳を所持者へ返却する。
- ② 居住地変更届を送付（居住地訂正後の手帳写しを添付）
- ③ 手帳交付台帳の整理（転入・転出データ入力）
- ④ 更生指導台帳の送付依頼
- ⑤ 更生指導台帳等の整理（転出処理）
- ⑥ 更生指導台帳の送付
- ⑦ 更生指導台帳の作成

(2) 県内市町村（岡山市・倉敷市と県内その他市町村）間の転入転出

ア 岡山市・倉敷市から転出し、県内のY町に転入（居住地変更）した場合

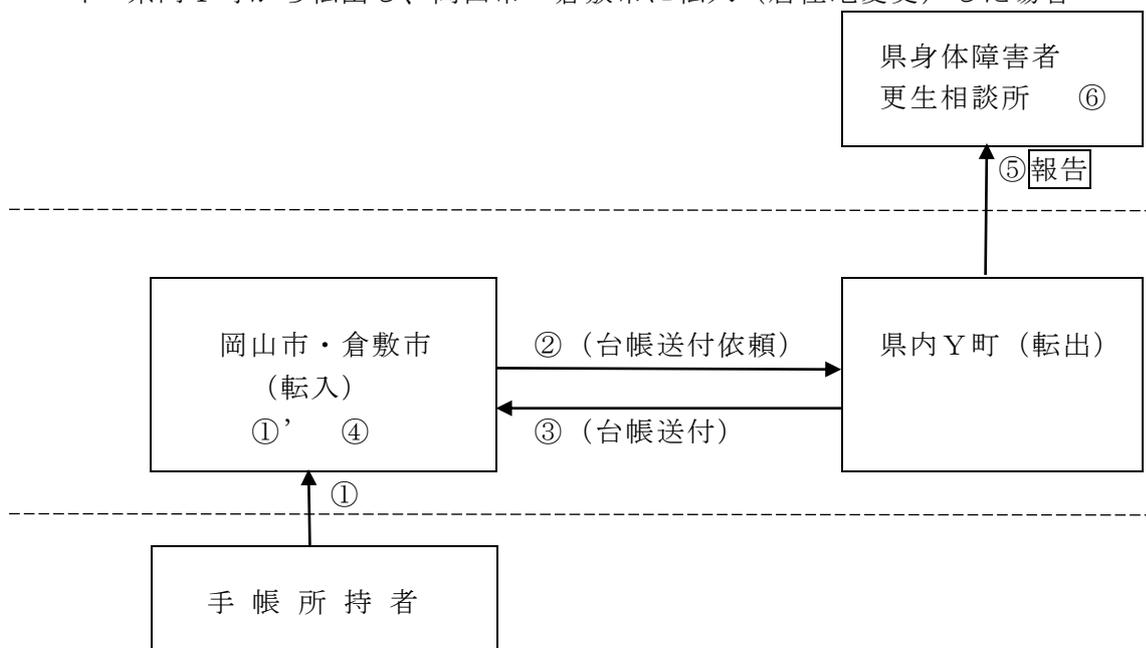


- ① 所持者は居住地変更届を提出（手帳提示）
- ①' Y町は手帳の現住所欄に新居住地を記入し、押印する。記入後の手帳の写をとり、手帳を所持者へ返却する。
- ② 居住地変更届を送付（居住地訂正後の手帳写しを添付）
- ③ 手帳交付台帳の作成（転入データ入力）
- ④ 居住地変更通知（更生指導台帳の送付依頼）
- ⑤ 更生指導台帳の送付
- ⑥ 更生指導台帳の作成

（注1）④の身更相から台帳送付依頼の送付先は、岡山市へは転出先（元）管轄の福祉事務所、倉敷市へは一律倉敷市倉敷社会福祉事務所である。

（注2）原則は上記(2)アによるが、(1)の例により処理する場合もある。

イ 県内Y町から転出し、岡山市・倉敷市に転入（居住地変更）した場合



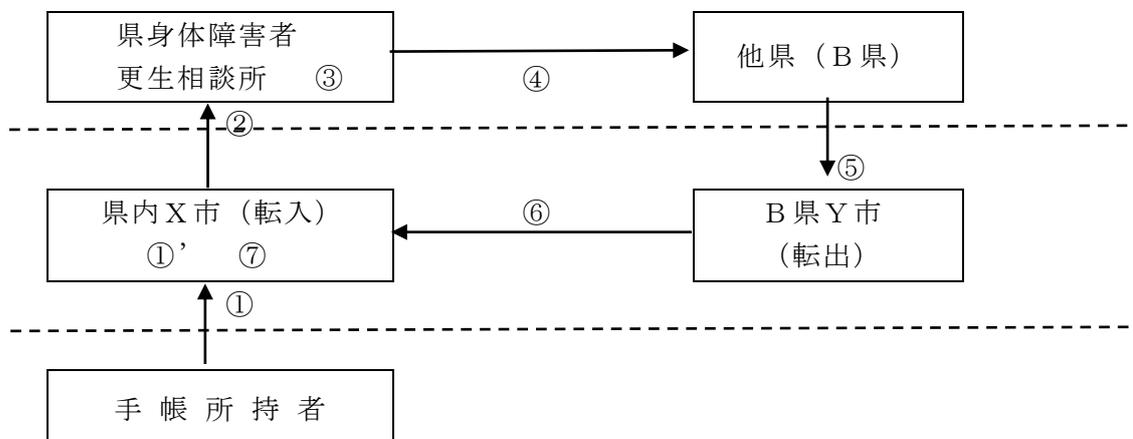
- ① 所持者は居住地変更届を提出（手帳提示）
- ①' 岡山市等は手帳の現住所欄に新居住地を記入し、押印する。記入後の手帳の写をとり、手帳を所持者へ返却する。
- ② 居住地変更通知（更生指導台帳の送付依頼、居住地訂正後の手帳写しを添付）
- ③ 更生指導台帳の送付
- ④ 更生指導台帳の作成
- ⑤ 居住地変更通知（更生指導台帳送付済通知）の報告（岡山市・倉敷市からの転入（居住地変更）通知書（写）添付）
- ⑥ 手帳交付台帳の整理（転出データ入力）

(注) ②の岡山市・倉敷市からの転出先(元)への台帳送付依頼は、岡山市は管轄の福祉事務所から「転入通知書」により、倉敷市は管轄の本所及び3支所の福祉事務所から「身体障害者居住地変更通知書」により、身更相を経由せず直接送付される。

(3) 県外市町村との転入転出の場合

ア 県外市町村から転出し、県内市町村（岡山市・倉敷市以外）へ転入した場合

【他県（B県）Y市から転出し、県内（A県）X市へ転入（居住地変更）した場合】



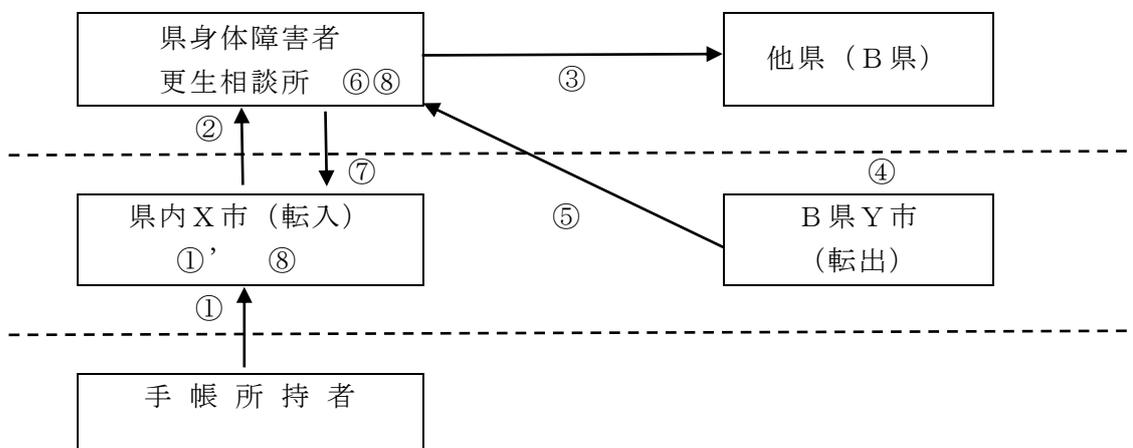
- ① 所持者が居住地変更届を提出（手帳提示）
- ①' X市は手帳の現住所欄に新居住地を記入し、押印する。記入後の手帳の写をとり、手帳を所持者へ返却する。
- ② 居住地変更届を送付（居住地訂正後の手帳写しを添付）
- ③ 手帳交付台帳の作成（手帳記載事項を基に転入データ入力）
- ④ 居住地変更通知（更生指導台帳の県内X市への送付依頼）（157頁様式第6号）
- ⑤ 居住地変更通知（更生指導台帳の県内X市への送付依頼）
- ⑥ 更生指導台帳の送付
- ⑦ 更生指導台帳の作成

（注）B県Y市が政令市・中核市の場合は、④はB県を経由しないで、直接Y市へ送付される。

イ 県外市町村から転出し、県内市町村（岡山市・倉敷市以外）へ転入した場合

【他県（B県）Y市から転出し、県内（A県）X市へ転入（居住地変更）して、手帳を紛失又は破損（手帳の記載内容が不明なものも含む*）した場合】

*手帳に記載された肢体不自由などの障害名について、障害部位や障害程度の確認ができず、手帳交付台帳が作成できない場合がある。



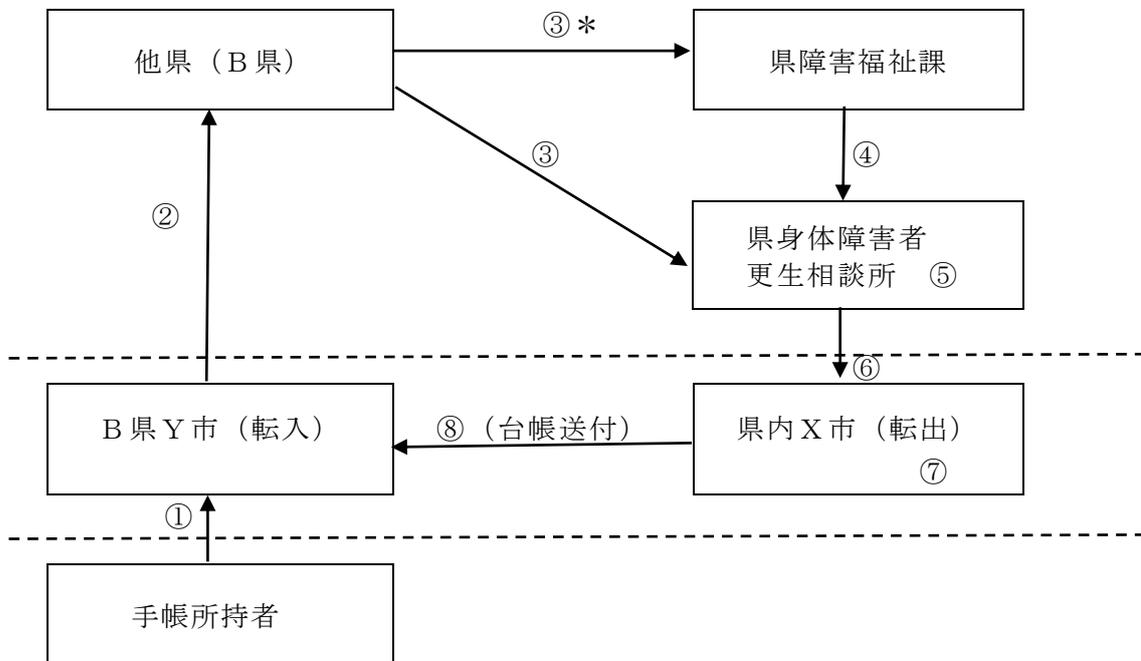
- ① 所持者が居住地変更届を提出（紛失した場合は、変更届4の記載内容欄に知り

うる手帳情報を記載、破損した場合は手帳を提示)

- ①' 破損した手帳の場合は、X市は現住所欄に記載可能であれば新居住地を記入し、押印する。記入後の手帳の写をとり、手帳を所持者へ返却する。
- ② 居住地変更届を送付（破損した手帳の場合はその写しを添付）
- ③ 居住地変更通知（更生指導台帳の身更相への送付依頼）（157頁様式第6号）
- ④ 居住地変更通知（更生指導台帳の身更相への送付依頼）
- ⑤ 県身更相へ更生指導台帳の送付
- ⑥ 手帳交付台帳の作成（手帳記載事項を基に転入データ入力）
- ⑦ X市へ更生指導台帳の送付
- ⑧ 更生指導台帳の作成

（注）B県Y市が政令市・中核市の場合は、③はB県を経由しないで、直接Y市へ送付される。

ウ 県内市町村（岡山市・倉敷市以外）から転出し、県外市町村へ転入した場合
【県内（A県）X市から転出し、他県（B県）Y市へ転入（居住地変更）した場合】

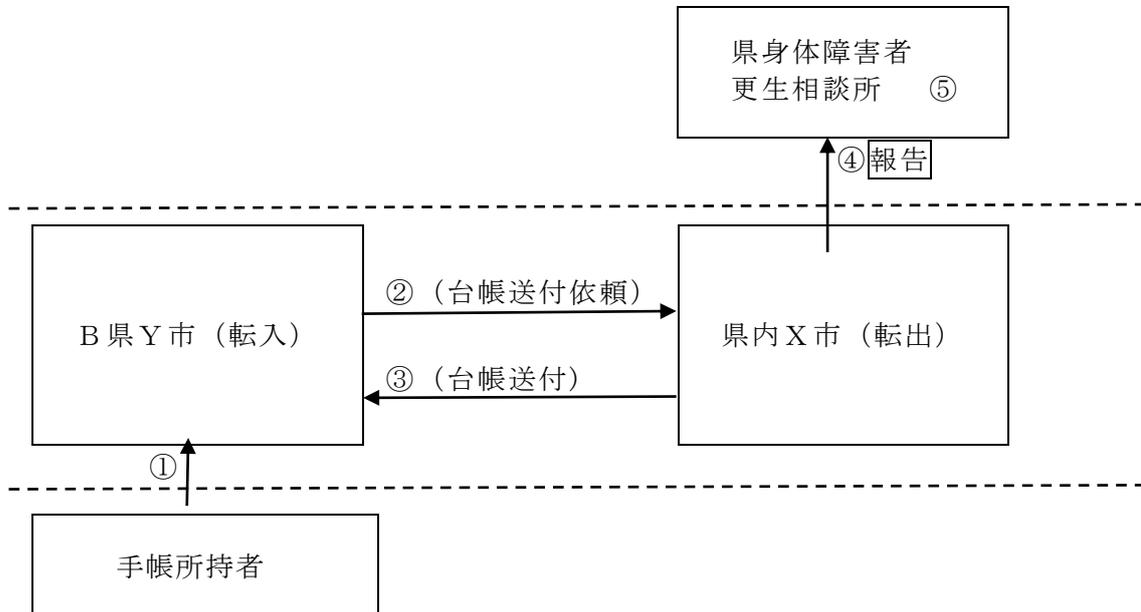


- ① 居住地変更届を提出（手帳提示）
- ② 居住地変更届を送付（更生指導台帳の送付依頼）
- ③ 居住地変更通知（更生指導台帳の送付依頼）
* 県障害福祉課を経由せず直接身更相に送付される場合もある
- ④ 居住地変更通知（転送）
- ⑤ 手帳交付台帳の整理（転出データ入力）
- ⑥ 居住地変更通知（更生指導台帳の送付依頼）（148頁参考様式）
- ⑦ 更生指導台帳等の整理（転出処理）
- ⑧ 更生指導台帳の送付

（注）B県Y市が政令市・中核市の場合は、②はB県を経由しないで、直接岡山県（障害福祉課又は身更相）へ送付される。

- エ 県内市町村（岡山市・倉敷市以外）から転出し、県外市町村へ転入した場合
【県内（A県）X市から転出し、他県（B県）Y市へ転入（居住地変更）した場合で、転入先市が直接転出先の県内X市に更生指導台帳の送付依頼をした場合】

* 広島県各市町村、松江市、大阪市、神戸市など



- ① 居住地変更届を提出（手帳提示）
- ② 更生指導台帳の直接送付依頼
- ③ 更生指導台帳の送付
- ④ 居住地変更通知（更生指導台帳送付済）の報告
- ⑤ 手帳交付台帳の整理（転出データ入力）

（注）他県の転出先市町村に更生指導台帳を直接送付した時は、必ず身更相にその旨報告すること。

6 免疫機能障害の取扱い

免疫機能障害の取扱いについては、厚生労働省通知「「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」身体障害認定の手引き（改訂版）」（令和4年3月）（抜粋）に従い、手帳に関する全ての申請等（新規交付申請、再交付申請・居住地等変更届、返還届等）について、申請者のプライバシーの保護に十分配慮するとともに、申請等の書類を身更相に進達する場合は、必ず他の書類とは別にして、専用の封筒等により担当者あて直接届くよう親展で送付すること。（94頁資料2参照）

7 手帳の返還について（法第16条）

手帳には、原則有効期限はない。しかし、次の(1)の場合は、手帳交付者又は親族は手帳を返還する義務があり、(2)の場合には、手帳の返還を命じることがある。

- (1) 手帳交付者又はその者の親族で手帳を所持するものが、本人が法別表に掲げる障害を有しなくなったとき、又は死亡したとき、速やかに手帳を返還しなければならない。

- (2) 知事は次に掲げる場合は、手帳交付者に対し、返還を命ずることができる。
- ・（障害程度が変化したことにより）本人の障害が別表に掲げるものに該当しないと認めるとき
 - ・（再認定に係る診査に対して）手帳交付者が正当な理由がなく、法第 17 条の 2 の規定による診査を拒み又は忌避したとき
 - ・手帳交付者がその手帳を他人に譲渡し又は貸与したとき
- (3) 知事は、前項の規定による処分をするには文書でその理由を示さなければならない。
- (4) 市町村は、身体障害者につき、上記(2)に掲げる事由があると認めるときは、その旨を知事に通知しなければならない。

8 罰則について

(1) 10 万円以下の罰金（法第 46 条）

- ・手帳を他人に譲渡又は貸与した手帳交付者
- ・7 (1) の規定に違反した者

(2) 6 月以下の懲役又は 20 万円以下の罰金（法第 47 条）

偽りその他不正な手段による手帳交付者又は手帳を受けさせた者

(3) 3 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金（法第 48 条）

7 (2) の知事の手帳返還命令に違反した者

資料 1

審査会への諮問を要する事案

年 齢	対象者が3歳未満のもの
視 覚	原因疾病が白内障のもので、手術による回復が可能と考えられるもの
聴 覚	対象者が6歳未満のもの
平 衡	全部
音声・言語・そしゃく	全部（喉頭摘出のものを除く）
肢体不自由	(1)遷延性意識障害 (2)脳血管障害、脊髄損傷、頸髄損傷を原因とするもののうち、下記のもの ①発症・受傷から診断書作成日まで6か月未満のもの ②脳血管障害に関して、発症後3か月以上経過し障害が固定していると判断されるものは、必要書類を添えて提出 ③外傷性の脊髄損傷、頸髄損傷による完全麻痺に関して、受傷後3か月以上経過し障害が固定していると判断されるものは、MRI画像を添えて提出 ④発症・受傷から診断書作成日まで6か月以上を経過してはいるものの障害の固定に関して問題となる状況のあるもの (3)その他の疾病、外傷等による障害で発症、受傷から1年未満のもの
心 臓	全部（人工ペースメーカ・除細動器（埋込み型）を装着したもの、人工弁移植・弁置換を行ったもの、心臓移植後、抗免疫療法を実施しているものを除く）
じん臓	(1)「身体障害認定基準」（注1）及び「身体障害認定要領」（注2）に示された認定基準により、明確に判定することが困難なもの (2)じん臓移植後、抗免疫療法を実施していないもの
呼吸器	次の場合を除いた全部 (1)診断書記載の「症状固定又は障害確定（推定）時期」から診断書作成日まで3か月以上を経過したもので、「①指数（予測肺活量1秒率）、②動脈血O ₂ 分圧、③活動能力の程度」の各要素の状態がすべて指定医師の等級意見と一致しているもの（ただし、障害の固定に関して特に問題となる状況のないもの） (2)肺移植後、抗免疫療法を実施しているもの
ぼうこう・直腸	「身体障害認定基準」（注1）及び「身体障害認定要領」（注2）に示された認定基準により、明確に判定することが困難なもの
小 腸	全部
免 疫	全部
肝 臓	全部（肝臓移植後、抗免疫療法を実施しているものを除く）
その他	判定困難なもの
	障害認定時期（審査会申合わせによる）を経過していないもの
	補足意見等照会を指示するもの（前回審査会提出事案の再提出等）
	申請を却下するもの

(注1) 「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「身体障害認定基準」)

(注2) 「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）の別紙「身体障害認定要領」)

「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」身体障害認定の手引き（改訂版）

令和 4 年 3 月

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 企画課

4 プライバシーの保護

(1) 基本的な考え方

① 感染者の置かれている状況

平成 10 年度より、H I V感染者もその程度に応じて他の身体障害者と同様に手帳を交付され、訪問介護員（ホームヘルパー）の派遣等の福祉サービスが提供されることとなりましたが、感染者を取り巻く社会の状況は依然厳しく、H I V感染者に対する無理解や偏見が招く悲しい事例は後を絶ちません。

このような状況の下、H I V感染者は、時には家族にさえ感染の事実を告げず、孤独と向き合いながら息をひそめて生活しています。自らがH I V感染者であることが万が一にも他者に知れた場合、取り返しのつかない致命的な被害を受けることを考え、非感染者には想像もできないほど、プライバシーが侵害されることを強く恐れているのです。

H I V感染者が、身体障害者として認定され、福祉制度を利用する道が開けても、このプライバシーの問題が解決されない限り、障害認定の申請自体が行われないことも考えられます。また、たとえ認定されたとしても、福祉サービスを受ける段階で躊躇してしまい、結局サービスを受けることができなかつたり、または、サービスを受ける場面において様々なトラブルが生じる可能性が出てきます。

したがって、以下に示すように、障害認定事務或いはサービス窓口業務等に携わる方は、H I V感染者のプライバシー保護の問題について十二分な理解と認識を深める必要があります。

② プライバシー保護の考え方

第一は、身体障害者手帳の申請手続をとる際に、本当にプライバシーは保護されるのかという不安を、H I V感染者が抱いているという点です。

これについては、郵送による申請も認めることとしていますが、郵送された申請書類が少数の担当者以外の目に触れないシステムが確保されていることを、役所内だけでなく外部にも周知させる必要があります。

さらに、申請に訪れた感染者に対し、窓口がいかに適切に対応できるかという点

が極めて重要です。すなわち、福祉事務所等においては、多くの業務が、開放的なスペースで行われることが多いため、感染者は、窓口においてプライバシーが侵害されることを懸念しています。そこで、担当者をひとり決めておくなど、窓口業務をスムーズに行うことに努めるとともに、個室等による対応など感染者が安心して申請に来られるための工夫を考える必要があります。

第二に、障害認定がされた後に、種々の福祉サービスを利用するとなると、実際に手帳を提示する場面が多くなるため、各窓口が十分にこの問題について理解をしプライバシーを守ることが必要です。

例えば、種々のサービスの受給を申請する際（介護の要否や住宅改修の場合等）、民生委員や嘱託福祉職員の意見を求める場合があります。訪問介護員（ホームヘルパー）等の利用となると、外部に委託している場合は関係者はさらに増加することとなります。このような場合を想定し、行政主導の形で、より広範囲の関係者を対象とした研修・指導等を継続的に実施する必要があります。なお、特に人口の少ない地域については、人的交流が都市部とは比較にならないほど濃厚であり、申請手続に記載された名前を見るだけで、受付窓口の担当者が感染者を特定し、その感染事実を知るといった事態も想定されます。そのような地域については、申請のケースも少ないので、プライバシー保護の重要性はますます大きく、他地域との合同研修・経験交流等を重ねる必要があります。

また、身体障害者手帳等に関するデータを一般に公開する場合、「〇〇市△△で免疫機能障害による認定者☆名」という形でデータを公表すると、容易に感染者が誰であるかが推測されるような場合が多いと思われます。従って、このような場合には行政区画を広げて公表するか（「〇〇市で免疫機能障害による認定者☆名」と記載する）、或いは「内部障害」で一括りにするなどの工夫が必要です。

(2) 事例紹介 ～感染者の体験より～

① 窓口での対応における問題

- 感染者がH I V抗体検査を受けるべく、検査窓口を尋ねたところ、尋ねられた者が周囲に対して大声で「エイズの担当は誰だっけ」と尋ねた。
- 問診を受ける際、質問が、周囲とカーテンウォールでしか隔てていない場所で行われたため、周囲に聞こえたのではないかとの不安を抱いた。
- 女性の場合、特に好奇の目で見られる可能性が高く、実際にも、必要以上に多くの職員が入れ替わり立ち替わり対応にあたった。

② 窓口における手続上の問題

- 職員による対応に特に問題がなくとも、通常手続きをとる場合、3ないし4席並んでいるカウンターの前で説明を行うことになる。このため、左右に他の障害の申請者がいる場合、手続をとることを苦痛に感じた。時には説明が出来ない状態におかれた。
- 感染者は、窓口担当者が手続中に無意識のうちに「H I V」「エイズ」ないし、それらを想起させる言葉を出すのではないかと、常時危惧し緊張している。

③ 外部関係者との関係

- 人的関係が濃厚な地域（主として農村部）で福祉サービスを利用しようとして、民生委員や嘱託福祉職員作成の書類を要求されたことがあったが、人権やプライ

プライバシー保護という観点から、当該民生委員との間でどうしても信頼関係が築けず、結局担当委員を近隣の委員から遠隔地の委員に変更してもらった。

(3) 特に留意すべき事項、対応策

① 郵送による手続の拡大

手帳申請手続だけでなく、サービス受給を申請する際にも、郵送で手続可能なものは検討・工夫することが必要です。

② 窓口対応時の配慮

最低限、窓口担当者は「H I V」「エイズ」ないし、それらを想起させる言葉を使わないよう配慮する必要があります。また、別室で対応する等、感染者が安心して窓口を訪れる環境整備に努めることも必要です。

③ データ処理、公表時の配慮

「免疫機能障害」による身体障害者数等を詳細に分析・報告することは、感染者のプライバシーを侵害する可能性がありますので十分な注意が必要であり、行政区画を広げて公表するか、「内部障害」で一括りにするかなどの工夫が必要と考えられます。

④ 研修

特に、人口の少ない地域においては、感染者の多い地域（都市部）の経験等を踏まえつつ、人口が少なく人的交流の濃厚な地域でのプライバシー侵害による被害の深刻さも考慮した上で、福祉事務所や市町村の職員のみならず、広く関係者に対する研修を実施されるようお願いいたします。

他方、都市部においては、その経験を広く他の地域に伝えるべく、共同での研修会等も企画することに心がけて下さい。

(注) 本項については、H I V原告団の協力のもとに作成いたしました。

(4) プライバシーの保護・情報管理に係る参考となる事例

前述のとおり、プライバシーの保護・情報の管理については細心の注意を払う必要がありますが、各都道府県、指定都市、中核市の実際の具体的な取組についてとりまとめましたので、以下の方法、考え方等を今後の事務手続の参考とし、すべての関係部署に対して一層の周知徹底を図るよう心がけてください。

① 身体障害者手帳の交付事務について

ア 窓口対応等

- 手帳交付申請書及び診断書・意見書は、指定医師の所属する医療機関にあらかじめ備えている。
- 申請にあたっては、各種申請（更生医療、手当等）も同時にできるようにあらかじめ申請用紙を渡しておき、他の窓口での対応についても、取扱を周知している。
- 病院の医療ソーシャルワーカーと協力し、医療相談室を借りて受付から交付までの事務を一貫して行っている。申請書交付、同受領、決定通知書交付にあたっては、市職員が病院に出向く。

- 申請者と役所との書類のやりとりや連絡の一切は、申請者が通院する病院の医療ソーシャルワーカーを通して行い、役所と申請者が直接連絡を取ることではない。また、その家族とは一切接触しない。
- 病院の医事課の担当者が、役場担当者に電話で申請があることを連絡。その後、医事課担当者が申請書類を代理で記入して役場担当者宛に親展扱いで送付する。手帳ができあがれば、手帳と受領書を病院の医事課担当者に送付して、本人に交付する。受領印を押印したあとに役場に返送してもらう。
- 相談に対しては、各種の制度に精通した職員を担当として、窓口を一本化しておく。
- 相談日には、相談に使用する面接室の両隣を使用禁止にしたり、窓口・電話での対応には「要件名」を口外せずに、担当者に直接伝える等、相談内容の漏洩や被相談者が注視されたりすることのないように努めている。
- 初回の面接において、事情を知る人的範囲や連絡方法などについての詳細な指示を受けるための「指示書」を提出してもらう。来所に際しては、本人了解のもと面接室を利用する。
- 申請者の「申出書」により、申請者への連絡方法、申請書の受け取り・提出方法、手帳の交付方法等についての希望を記載してもらい、希望に添った方法で処理する。

イ 連絡方法等

- 申請者は、申請者の希望する宛先（代理人・病院・私書箱等）に確実に郵送する。
- 電話による連絡において、福祉課と名乗ってよいか、また留守番電話の際に、伝言に残してよいか確認する。
- 郵便を使用する場合、役所の名前入りの封筒で送ってよいか確認する。
- 連絡時には、申請者及び代理人の希望により、福祉課の名称を入れずに担当者の個人名で連絡する。また、希望により病院の医療ソーシャルワーカー宛又は本人の携帯電話の連絡のみで、書類は送付しないこととする。
- 電話連絡の場合は、申請者本人又は代理人との直接対話のみとし、伝言については一切行わない。
- 郵送の場合は関係者以外が閲覧できないよう封書で送る。
- 電話については申請者本人及び病院と協議して、病院相談室の担当者（医療ソーシャルワーカー等）を代理人に定め、申請者への連絡は代理人経由で行う。
- 電話相談等を受ける場合は、必要に応じて担当者が自席から相談室等の別室に移動した上で対応する。
- 身体障害者手帳は、本人の希望により書留郵送とし、他の制度の書類も同封する。
- 通知文を郵送により送付し、本人又は代理人に窓口で手帳を手渡しするのが原則であるが、状況により書留で手帳を郵送し、受領印を捺印した通知文を返送してもらう。本人又は代理人の希望により、電話連絡を行う。
- 希望があれば郵送で書類をやりとりする。その際、返送してもらう必要がある書類については、あらかじめ担当者名を記入した返信用封筒を同封し、他の職員が開封しないようにする。
- 電話、FAX は守秘の観点から原則として使用せず、極力、担当者が自宅

訪問をして福祉サービスの説明、相談などの事務を行う。

ウ 個人情報の管理等

- 交付台帳・関係書類は、鍵付きのロッカー等にまとめて保管する。
 - 手帳情報はコンピューターに入力せず、専用の交付台帳に登録する。
 - 情報システムには万一のことも考慮し、データ登録をしない。手書き書類のみで1カ所に集中し、施錠して管理する。
 - 役所内部での事務処理・決裁は、担当者の持ち回りで行う。
 - 手帳発行に係る事務手続については、担当者の持ち回り決裁で処理し、県の身体障害者手帳担当者宛に直接送付するなど、他者の関与を最小限におさえる。
 - 診断書等が担当者以外の目に触れることがないように、県へ進達する際には二重封筒にして送付する。
 - 申請は専用の封筒を使用し、担当者に直接届くようにする（親展扱い）
 - 関係機関（県庁、保健所など）とのやりとりは、郵送ではなく担当者が直接持ち運ぶ。
 - 関係書類は、事務処理後速やかにシュレッダーにより破砕処理を行う。
 - 個人情報保護のため、顔写真の写しを保存しない。
 - 顔写真は県進達分の2枚とし、市では写真を保管しない。
 - 顔写真について、申請から交付時まで紙やシール等で顔部分を隠すなどして、他人の目に触れないよう留意する。
- ② 各種障害者福祉サービスの利用手続について
- 各種サービスの連絡にあたっては、窓口となっている相談担当者がすべて行うことを原則とする。
 - 身体障害者担当係が、対象者に係る最初の窓口となることが多いので、中心となって連絡方法等を調整し、手続を行っている。各窓口でもプライバシーの保護を徹底し、サービスの漏れがないよう、担当者間で調整を取りながら各種手続を行っている。
 - 各種サービスの申請書類のうち、身体障害者手帳の写しを省略する。
- ③ 障害者に係るサービスの窓口が障害福祉担当部署以外にわたる場合の対応について
- 申請者または代理人に内容を説明して、もし希望する場合は職員が手続を代行する。
 - 障害福祉担当部署で代行できるものは、すべて代行することとしている。
 - 他の部署で手帳の呈示や健康状態の告知を求められるような相談を初めて行う場合には、本人の希望に基づき、障害福祉担当部署の相談担当者が同行して、他部署の担当者を紹介し、事情を説明する等の支援を行う。
 - 障害者本人に関連窓口で直接手続きすることは求めない。希望する場所で障害福祉担当部署の職員が取り次ぐ。また代理人、郵送等による手続が出来るよう配慮する。
 - 身体障害者手帳担当者が専任要員となり、福祉全般の相談役となる。必要以上の人員が相談や手続に関わらないように配慮する。
 - 他部署の制度利用の際、身体障害者手帳担当課への照会で処理可能か協議

する。内容についても手帳所持の有無、等級のみの確認とする。

④ その他

- 定期的に郵送される市からの通知（重度医療、手当の通知など）は自宅に郵送しない。通知文書は市で保管し、本人が来所した際に手渡しとする。
- 他の職員や市民がいるところで「H I V」「エイズ」という言葉を使わずに「これ」「あれ」などの代名詞を使うなど表現を工夫している。
- H I Vに限らず、障害者が様々な場面で身体障害者手帳を呈示する際、見開きによって障害名がすべて露呈しないように、手帳のページ配置を工夫している。
- 障害福祉担当部署だけの問題とはせず、行政窓口全般について配慮を周知している。

様式集

< 補装具関係様式 >

- [補装具・様式 1] 補装具費（購入・修理・借受け）支給申請書
- [補装具・様式 2] 判定依頼書
- [補装具・様式 3] 判定通知書
- [補装具・様式 4] 意見依頼書
- [補装具・様式 5] 補装具費支給決定通知書
- [補装具・様式 6] 補装具費支給券
- [補装具・様式 7] 調査書
- [補装具・様式 8] 電動車椅子使用環境等調査書
- [補装具・様式 9] 補装具費支給（重度障害者用意思伝達装置）に関する調査書
- [補装具・様式 10] 難病患者等調査書
- [補装具・様式 11] 補装具費支給意見書
- [補装具・様式 12] 補装具費支給意見書（眼科用）
- [補装具・様式 13] 補装具費支給意見書（耳鼻咽喉科用）
- [補装具・様式 14] 補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）
- [補装具・様式 15] デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明
- [補装具・様式 16] 人工内耳用音声信号処理装置確認票

< 自立支援医療（更生医療）関係様式 >

- [医療・様式 1] 自立支援医療（更生医療）判定票（視覚障害者用）
- [医療・様式 2] 自立支援医療（更生医療）判定票
- [医療・様式 3] 自立支援医療（更生医療）判定票（じん臓機能障害者用）
- [医療・様式 4] 自立支援医療（更生医療）判定票（肝臓機能障害者用）
- [医療・様式 5] 自立支援医療費概算額算出表
- [医療・様式 6] 自立支援医療（更生医療）判定票（聴覚障害者用）
- [医療・様式 7] 判定依頼書
- [医療・様式 8] 判定書（自立支援医療）

< 在宅重度身体障害者補装具支給支援事業関係様式 >

- [在宅重度・様式 1] 在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業申請書
- [在宅重度・様式 2] 補装具調査書
- [在宅重度・様式 3] ADL（日常生活動作等）の状況

< 参考様式 >

- 補装具調査書
- 介護保険適用に係わる調査書（車椅子等）
- 施設入所者用調査書（車椅子）
- 補装具（肢体不自由者(18歳以上)）の申請に際しての調査用紙
- 両耳申請調査書

耳あな型調査書

人工内耳装用者用調査書

補聴援助システム調査書

特例補装具調査書

自立支援医療を適用した手術による手帳等級の再認定に必要な情報提供について

<身体障害者手帳関係様式>

身体障害者手帳交付申請書（様式第4-1号）

身体障害者手帳交付申請書（資料1：申請書記入例）

身体障害者手帳再交付申請書（様式第4-2号）

取下書（様式第3号）

身体障害者居住地等変更届（様式第5号）

身体障害者居住地変更通知書（様式第6号）

却下決定通知書（様式第7号）

身体障害者手帳返還届（様式第8号）

身体障害者死亡等通知書（参考様式）

身体障害者の居住地変更について（参考様式）

身体障害者診断書・意見書（参考様式）

補装具・様式1

補装具費（購入・修理・借受け）支給申請書

申請日 年 月 日				
(あて先) 市町村長 殿				
(申請者)				
住 所				
氏 名				
個人番号				
対象者との続柄				
電話番号				
<p>下記のとおり補装具費（購入・修理・借受け）の支給申請をいたします。</p> <p>補装具費（購入・修理・借受け）の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>				
対 象 者	住 所			
	フリガナ 氏 名	(個人番号)		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
身体障害者手帳 交 付 状 況		手帳番号	第 号	交付年月日
		障 害 種 別		
		障 害 名	障 害 等 級	
難病等疾患名		<small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>		
購入・修理・ 借受けする補装具名		<small>(借受けの場合は借受け希望期間も記載すること)</small>		
判定予定日				
希 望 す る 補 装 具 事 業 者	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号	FAX 番号		
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
生活保護への移行予防 措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。		

判 定 依 頼 書

第 号
年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

次の者に対する判定を依頼する。

対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年	月	日	性別		
身体障害者手帳 交 付 状 況	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
	障害種別				障害等級		
	障害名						
難病等疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)						
申請の種類	購入 (借受けの意向 有・無) ・ 借受け ・ 修理						
申請経過 (申請理由)							
生活状況等 (☑付け) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 医療機関 () 現在使用している補装具名及び支給年月 (自費の場合は自費と記入) ()					最近6年間の支給・修理・借受け状況		
判 定 依 頼 事 項	補装具名 希望する補装具事業者 ()						
判 定 予 定 年 月 日	年 月 日						
備 考	・ 介護保険の対象者であって車椅子等が貸与できない理由 () ・ 施設等の入所者であって車椅子のオーダーメイドが必要な理由 () ・ 耳あな型補聴器が必要な理由 (ポケット型・耳かけ型補聴器が使用できない理由) () ・ 難病患者等であって当該疾病の急速な進行のために迅速判定を必要とする理由 ()						

判 定 通 知 書

第 号
年 月 日

殿

市 町 村 長

先に申請のあった（補装具の名称）の（購入・修理・借受け）については、
専門的判定の必要がありますので 年 月 日に 身体障害者更生相談所
〇〇〇〇巡回更生相談
において判定を行うことになりましたので通知します。

記

1. 身体障害者更生相談所への判定依頼事項
2. 判定には、現在使用している補装具（申請に至った補装具）及び身体障害者手帳を持参ください。ただし、補装具を使用していない方等はその限りではありません。

意見依頼書

第 号
年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

次の者に対する補装具費支給に係る意見を依頼する。

対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	
身体障害者手帳 交付状況	手帳番号	第 号	交付年月日		年 月 日	
	障害種別				障害等級	
	障害名					
難病等疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)					
支給予定補装具						
意見依頼事項						
使用目的：						
使用頻度：						
使用環境：						
生活状況等 (☑付け) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 医療機関 () 現在使用している補装具名及び支給年月 (自費の場合は自費と記入) ()				最近 6 年間の支給・修理・借受け状況		
備 考	添付書類：					

補装具・様式5

補装具費支給決定通知書

年 月 日 (申請者) 殿 市町村長				
標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します				
対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名	(個人番号)		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
支給決定番号		支給決定日	年 月 日	
支給決定内容		購入・借受け・修理	借受け期間 年 月 日～ 年 月 日	
補装具事業者	名称			
	所在地			
	電話番号			
基準額	見積額	利用者負担額 (※)		公費負担額
		合計額	円	(合計額) 円
月額負担上限額		月額	(初 月) 円	
		(借受けの場合)	(中間月) 円	
			(最終月) 円	
教示事項				

(※) 差額自己負担額を含まない。

補装具・様式6(1)

補 装 具 費 支 給 券

支給決定番号				支給 決定日	年 月 日	
決定内容		購入・借受け・修理		借受け期間 (借受けの場合)	年 月 日～ 年 月 日	
対象者氏名				生年月日	年 月 日	
対象者住所				電話番号		
保護者氏名				続柄		
補装具の名称				修理部位 借受け内容		
処 方						
補装具 事業者	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
基準額		見積額		利用者負担額 (※)		公費負担額
円		円				
月額負担上限額						
円				円		円
<p>上記のとおり交付する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長</p>						
適 合 判 定	判 定 年月日	年 月 日		判定員 職氏名		
受 領	受 領 年月日	年 月 日		受領者 氏 名		本人 との 関係

(※) 差額自己負担額を含まない。

補装具・様式6(2)

補 装 具 費 支 給 券

支給決定番号			支給 決定日	年 月 日		
借受け期間		年 月 日		～	年 月 日	
対象者氏名			生年月日	年 月 日		
対象者住所			電話番号			
保護者氏名				続柄		
補装具の名称			修理部位 借受け内容			
処 方						
補装具 事業者	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
基準額		見積額		利用者負担額 (※)		公費負担額
円		円				
月額負担上限額						
				円		円
上記のとおり交付する。 年 月 日 市町村長						

(※) 差額自己負担額を含まない。

補装具・様式6(3)

補 装 具 費 支 給 券

支給決定番号				支給 決定日	年 月 日	
借 受 け 期 間		年 月 日		～	年 月 日	
対 象 者 氏 名				生年月日	年 月 日	
対 象 者 住 所				電話番号		
保 護 者 氏 名				続 柄		
補 装 具 の 名 称				修理部位 借受け内容		
処 方						
補装具 事業者	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
基準額		見積額		利用者負担額 (※)		公費負担額
円		円				
月額負担上限額						
		円		円		円
上記のとおり交付する。 年 月 日 <p style="text-align: right;">市町村長</p>						
返却 確認	返却日	年 月 日		事業者名		
				申請者 氏 名		本人 との 関係

(※) 差額自己負担額を含まない。

補装具・様式7

調 査 書

申請年月日	年 月 日		申請者氏名				
申請の種類	購入（借受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理 ※ 迅速判定（有・無）						
対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名	（個人番号					
	生年月日	年 月 日	性別		電話番号		
世帯員の 状況	課税世帯員	氏 名	年 齢	対象者 との 続 柄	課 税 状 況		備 考
					課 税 区 分	市 民 税 所 得 割	
	非課税世帯員	氏 名	所 得	障害年金	手 当	合 計	
			円	円	円	円	
世帯区分	1. 生活保護 2. 低所得 3 一般 4 一定所得以上						
月額負担上限額			円				
申請のあった 補装具名	基準額	見積額	利用者負担額（※）	公費負担額			
合 計	円	円	円	円			
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者							

（※）差額自己負担額を含まない

電動車椅子使用環境等調査書

本人氏名 (_____) 年齢 (_____ 才)

1 使用目的

(1) 使用目的

- ア) 室内の日常生活 イ) 散歩、近所回り程度 ウ) 通院、買い物
 エ) 会合出席、公共施設 オ) 仕事に必要 カ) その他 (_____)

[具体的に _____]

(2) 使用頻度

- ア) 毎日 イ) 1週間に2～3回 ウ) 1週間に1回くらい
 エ) その他 (具体的に _____)

2 使用箇所

(1) 使用場所

- 1) 屋内 2) 屋外 3) 屋内外

ア) 屋内で使用できる場所

- ・上がり口 ・廊下 ・居室 ・洗面所 ・トイレ ・浴室

イ) 屋外の状況 (屋外使用の状況)

- ・家から屋外に移動時の段差 ・道路の舗装 ・歩車道の区分 ・交通信号
 (有・無) (有・無) (有・無) (有・無)

- ・交通量 ・段差部分 ・坂 ・踏切 ・池 ・川、用水路
 (少ない・普通・多い) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無) (有・無)

[・状況等 _____]

ウ) 行動半径 (約 _____ m・km)

(2) 保管場所 (有・無)

3 車椅子使用歴 (有・無)

(1) 車椅子使用の有・無 (有・無)

(2) 有の場合の使用時期

ア) 電動車椅子 (_____ 年～ _____ 年) イ) 自操車椅子 (_____ 年～ _____ 年)

ウ) 介護用車椅子 (_____ 年～ _____ 年) エ) その他 (_____ 年～ _____ 年)

4 同居者の状況 (主たる介護者には○印)

氏名	年齢	続柄	健康状態	備考

5 実施機関の意見

調査年月日	年 月 日
市 (福祉事務所) 町村名	
担当者	

補装具・様式9

補装具費支給（重度障害者用意思伝達装置）に関する調査書

氏名： _____（ _____ 歳）

1（1）身体障害者手帳等級（ _____ 級）

内訳： 上肢機能（ _____ 級）、下肢機能又は移動機能（ _____ 級）
体幹機能（ _____ 級）、音声・言語機能（ _____ 級）

（2）疾患名（ _____ ）

※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと

2. 本人の生活場所

- ①入院 : 退院予定（あり・なし・未定） 病院名（ _____ ）
②入所 : 施設名（ _____ ）
③在宅 : 同居の家族（無・有 _____ 人）主に介護を行う者（ _____ ）

3. 日中の活動

- ①ADL 一部介助・全介助
②移動方法 室内（ _____ ）・屋外（ _____ ）
③ヘルパー 無・有（程度 _____ ）
④通院（ _____ 回/週・月程度）・通所（ _____ 回/週・月程度）・通学（ _____ 回/週・月程度）
⑤通院通所先等の名称（ _____ ）
⑥往診（ _____ 回/週・月程度）・訪問看護（ _____ 回/週・月程度）・訪問リハ（ _____ 回/週・月程度）
⑦その他（ _____ ）

4. 補装具等の使用状況（型式・支給日）

車椅子（ _____ ）・電動車椅子（ _____ ）
姿勢保持装置（ _____ ）・装具（ _____ ）
その他（ _____ ）

5. 現在のコミュニケーション手段

.....
.....

6. 重度障害者用意思伝達装置について

- ①使用目的（ _____ ）
②使用場所（ _____ ）
③装置を使用する際の介助者（ _____ ）
④支援、製作に関する医療機関・施設等
有・無（名称 _____ ）担当者名・職種（ _____ ）
⑤希望補装具事業者（ _____ ）

調査年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

市(福祉事務所)町村名： _____ 担当者名： _____

補装具・様式11

補装具費支給意見書

氏名	年 月 日生 (歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）。 (2) (1)で該当「する」の場合、進行性疾患に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）。	
障害・疾患等の状況 （注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載する。）	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称：
	処方（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）
	使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。）
	備考（注：特例補装具の場合は、基準による補装具では対応できない理由を記載する。）
上記のとおり意見する	
年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診 療 担 当 科 名 医 師 氏 名	

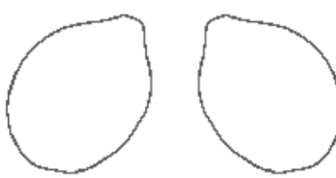
※意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。

補装具・様式12

補装具費支給意見書(眼科用)

氏名		年 月 日生
障害名 (注:○で囲む) ・ 視力障害 (級) ・ 視野障害 (級)		
原因疾病・外傷名 ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊な病気(難病等)に該当 (□する・□しない) (注:☑付け)		
障害・疾患等の状況 (注:下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)		
必要と認める補装具	補装具の種目、名称 (注:○で囲む) ・ 義眼 [レディメイド・オーダーメイド] ・ 矯正用 ・ 遮光用 [前掛式・掛けめがね式] ・ 弱視用 [掛けめがね式・焦点調整式] ・ コンタクトレンズ [標準レンズ・多段階レンズ・虹彩付レンズ]	
	処方内容 (注:☑付け) <input type="checkbox"/> 処方箋を添付 <input type="checkbox"/> 右記のとおり → ()	
	使用効果見込み (注:☑付け・複数選択可) <input type="checkbox"/> 容姿が整う <input type="checkbox"/> 物が拡大し、見えなかった物が見えるようになる <input type="checkbox"/> 羞明が軽減する <input type="checkbox"/> ピントが合って、はっきり見える <input type="checkbox"/> 視力が上がる <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 医師氏名		

※意見書を作成できる医師については、補装具費支給事務取扱指針に準ずる。

身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)																																																					
氏 名		男 ・ 女	年 月 日生																																																		
住 所																																																					
障害名 (種類)	・ 伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ その他 ()																																																				
原因疾病・外傷名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊な疾病(難病等)に該当 (□する・□しない)																																																				
身体障害者手帳	(番号) 第 号	オーディオグラム 聴力検査(純音による検査) オーディオメータの型式 _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">500</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1000</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2000</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">Hz</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">30</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">40</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">50</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">60</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">70</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">80</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">90</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">100</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">110</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>			500	1000	2000	Hz	30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500			1000	2000	Hz																																															
30																																																					
40																																																					
50																																																					
60																																																					
70																																																					
80																																																					
90																																																					
100																																																					
110																																																					
聴 力 (4分法)	右	dB																																																			
	左	dB																																																			
補聴器装用効果	右	有 ・ 無																																																			
	左	有 ・ 無																																																			
補聴器の種類 (処方)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black;"> 高度難聴用 重度難聴用 装 用 耳 イヤモールド 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) その他 () </td> <td style="width: 50%;"> ポケット型 耳かけ型 (右 ・ 左) (要 ・ 否) </td> </tr> </table>			高度難聴用 重度難聴用 装 用 耳 イヤモールド 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) その他 ()	ポケット型 耳かけ型 (右 ・ 左) (要 ・ 否)																																																
高度難聴用 重度難聴用 装 用 耳 イヤモールド 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) その他 ()	ポケット型 耳かけ型 (右 ・ 左) (要 ・ 否)																																																				
障害・疾患等の状況 (現症)	(注：難病患者等については、症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>																																																				
【処方の理由及び比較装用検査が必要な者】 (次の場合にはその理由(うち、4、5は障害の状況等を勘案し、職業又は教育上の特に必要なとする理由)を記入し、裏面にて両条件での比較装用検査を行うこと)																																																					
1 聴力検査の数値が90dB未満の者に重度難聴用を処方する場合。 2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。 3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。 4 両耳処方の場合。 5 補聴システムを処方する場合。																																																					
(注) 1 補聴器の支給は、装用効果の高い側の耳に1個を原則とする。 2 聴覚検査の数値が概ね90dB未満の者には高度難聴用補聴器の支給を原則とする。 3 耳あな型・特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。 4 意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。																																																					
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 </div>																																																					

補聴器装用による語音明瞭度検査

〔表面の「処方理由及び比較検査が必要な者」については、両条件（高度・重度、右・左、片耳・両耳、人工内耳のみ・人工内耳に補聴器併用、補聴器のみ・雑音下での補聴システム併用）での比較装用検査を行うこと。検査は「口元見ず」を基本とし、「見ず」で難しい場合は「見て」で行う。なお、検査はCDのほか、肉声で実施してもよい。〕

1 語音弁別力検査

A表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度		%

B表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度		%

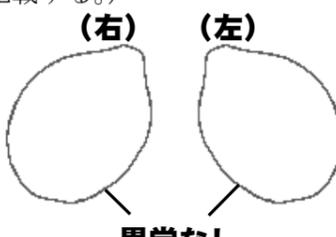
C表 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

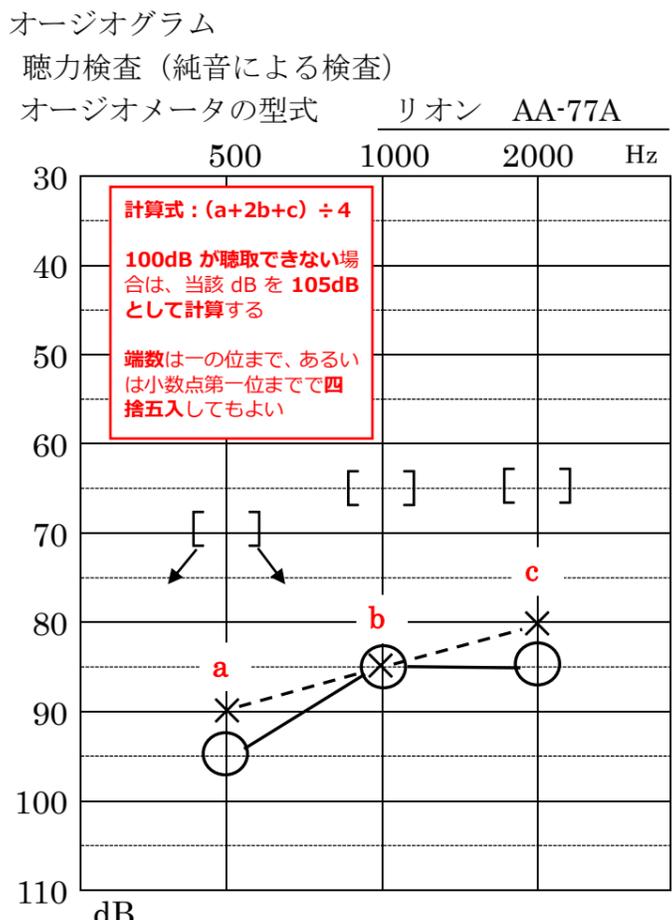
ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
					$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$		明瞭度		%

2 語音了解度検査 検査機種名 () 装用耳 (右・左) 口元 (見ず・見て)

	質問		
1	塩は甘いですか、辛いですか。		
2	水とお湯とではどちらが冷たいですか。		
3	夏の次の季節はなにですか。		
4	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。		
5	5月5日はなんの日ですか。		
6	土曜日の次はなんですか		
7	昼は明るいですか、暗いですか。		
8	東の反対はなんですか。		
9	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。		
10	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。		
		%	%

医療機関名・事業者名		検査者氏名	
------------	--	-------	--

身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)			記入例
氏名	岡山 太郎	男・女	昭和〇〇年 〇月 〇日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
障害名（種類）	・伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・混合性難聴 ・その他（ ）		
原因疾病・外傷名	慢性中耳炎 <small>※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊な疾病（難病等）に該当（□する・□しない）</small>		
身体障害者手帳	(番号)	第 〇〇〇〇 号	
	(聴覚障害)	4 級	
聴力 (4分法)	右	左右差 5dB 以内の場合は、補聴効果が高い側、聞こえやすい側、使いやすい側を装用耳とする	87.5 dB
	左		98.0 dB
補聴器装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類 (処方)	高度難聴用	ポケット型	
	重度難聴用	耳かけ型	
	装用耳	(右)・(左)	
	イヤモールド	(要)・(否)	
	骨導式 (ポケット型・眼鏡型)		
	その他 ()		
障害・疾患等の状況 (現症)	(注：難病患者等については、症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)		
	 <p>(右) (左) 異常なし</p>		
<p>【処方の理由及び比較装用検査が必要な者】(次の場合にはその理由(うち、4、5は障害の状況等を勘案し、職業又は教育上の特に必要なとする理由)を記入し、裏面にて両条件での比較装用検査を行うこと)</p> <p>1 聴力検査の数値が90dB未滿の者に重度難聴用を処方する場合。 2 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合。 3 人工内耳装用者に補聴器を処方する場合。 4 両耳処方の場合。 5 補聴システムを処方する場合。</p> <p>比較装用検査の結果、高度難聴用補聴器では十分な装用効果が得られなかったため、重度難聴用補聴器を処方する。</p> <p>(例 聴力検査の数値が大きい側に補聴器を処方する場合 … 聴力検査の数値は右耳が大きいが、自覚的な聞こえやすさは右耳の方がよく、語音明瞭度も高いため。等)</p> <p>(注) 1 補聴器の支給は、装用効果の高い側の耳に1個を原則とする。 2 聴覚検査の数値が概ね90dB未滿の者には高度難聴用補聴器の支給を原則とする。 3 耳あな型・特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。 4 意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。</p> <p>上記のとおり意見する。 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <small>原則、作成日から申請日までは3か月以内であること</small> </div> <div style="text-align: center;"> 所在地 医療機関名 医師氏名 </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <small>15条指定医等、意見書を作成できる医師であること</small> </div> </div>			



補聴器装用による語音明瞭度検査

表面の「処方理由及び比較検査が必要な者」については、両条件（高度・重度、右・左、片耳・両耳、人工内耳のみ・人工内耳に補聴器併用、補聴器のみ・雑音下での補聴システム併用）での比較装用検査を行うこと。検査は「口元見ず」を基本とし、「見ず」で難しい場合は「見て」で行う。なお、検査はCDのほか、肉声で実施してもよい。

***原則として語音明瞭度検査が70%以上のものを交付基準とする。**

↓高度難聴用の機種で検査

1 語音弁別力検査

A表 検査機種名（ リオン HB-A6H ） 装用耳（右・左） 口元（見ず・見て）

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
○	×	×	○	×	○	×	○	×	○
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
×	○	×	○	×	○	○	○	×	×
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		50%		

高度難聴用で口元を見て検査

B表 検査機種名（ リオン HB-A6H ） 装用耳（右・左） 口元（見ず・見て）

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
×	○	○	○	×	○	×	○	×	○
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
○	×	○	○	×	×	×	○	○	○
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		60%		

↓重度難聴用の機種で検査

高度難聴用で十分な補聴効果が得られないので、重度難聴用補聴器でも検査を行い比較する

C表 検査機種名（ リオン HB-G7H ） 装用耳（右・左） 口元（見ず・見て）

ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
×	○	○	○	×	○	○	○	×	○
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
○	○	○	×	○	○	○	○	○	○
$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$					明瞭度		80%		

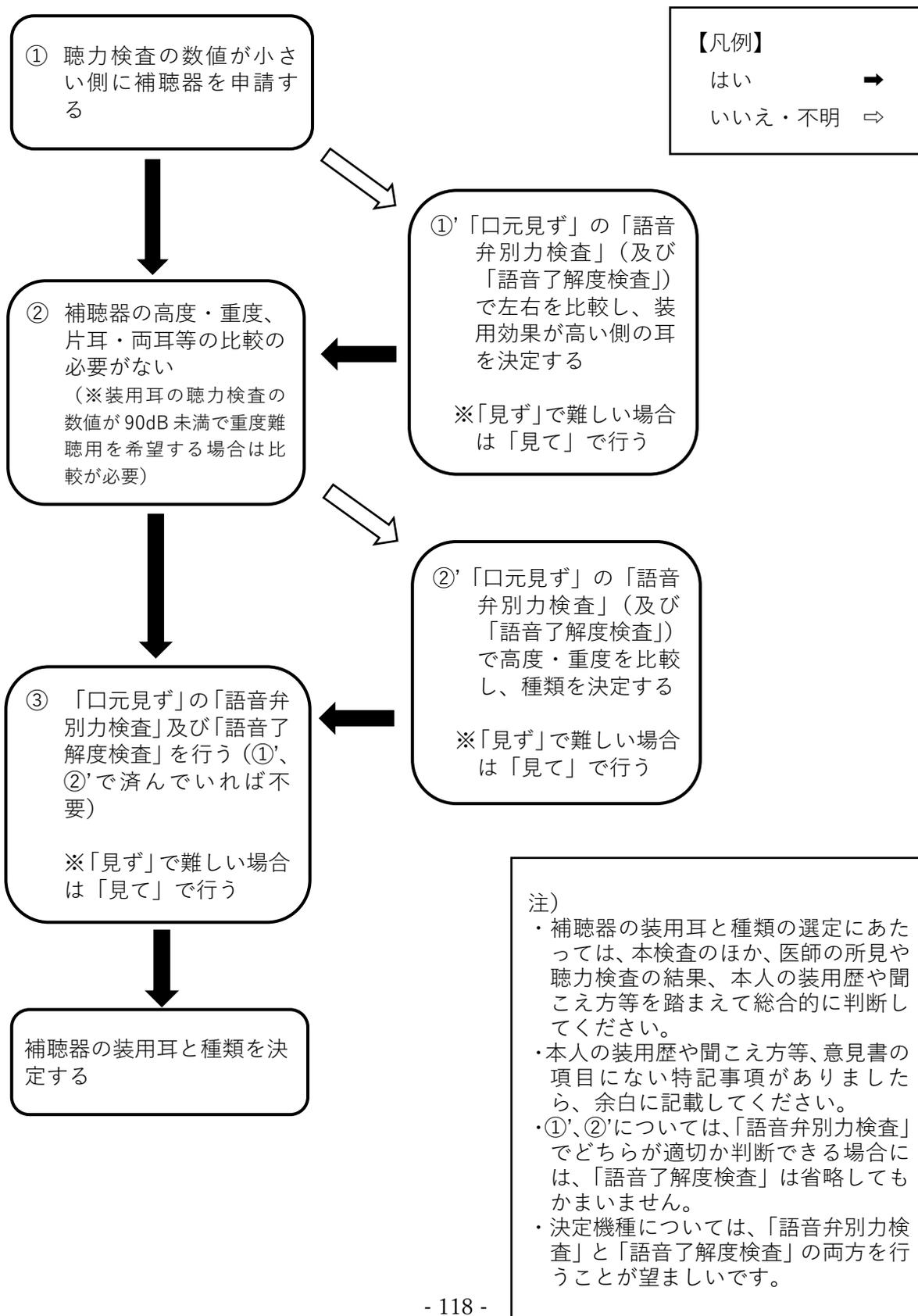
2 語音了解度検査

検査機種名（ リオン HB-G7H ） 装用耳（右・左） 口元（見ず・見て）

	質問	HB-A6H 見て	HB-G7H 見ず
1	塩は甘いですか、辛いですか。	○	○
2	水とお湯とではどちらが冷たいですか。	×	○
3	夏の次の季節はなにですか。	○	○
4	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。	○	○
5	5月5日はなんの日ですか。	○	○
6	土曜日の次はなんですか	○	○
7	昼は明るいですか、暗いですか。	×	○
8	東の反対はなんですか。	×	○
9	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。	○	○
10	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。	×	○
		60%	100%

医療機関名・事業者名		検査者氏名	
------------	--	-------	--

補聴器装用による語音明瞭度検査の流れ



補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置用）

氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所				
疾患名	（難病患者の場合は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと） (1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）。 (2) (1)で該当「する」の場合、進行性疾患に該当（□する・□しない）。			
発症年月日				
障害名		身体障害者手帳	級	
身体状況・障害状況	1 経過 2 現症・障害の総合所見 1) 可動部位 頸 () ・ 前額部 () 眼 瞼 () ・ 舌 () 肩 () ・ 肘 () 前 腕 () ・ 手関節 () 手 指 () ・ 足関節 () 足 指 () ・ その他 () 2) 欠損など形態異常 無・有(部位・程度) () 3) 運動失調 無・有(部位・程度) () 4) 不随意運動 無・有(部位・程度) () 5) 感覚障害 無・有(部位・程度) () 6) 上肢能力 (食事動作：可能・介助にて可能・不可能) (書字動作：可能・不可能) 7) 下肢能力 (起立：介助にて可能・不可能) (歩行：介助にて可能・不可能) 8) 座位能力 (可能：背もたれで可能・座位保持装置等で可能・不可能) 9) 視覚障害 無・有(程度) () 10) 聴覚障害 無・有(程度) () 11) 構音障害 無・有(程度) () 12) 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時・ 時間/日・夜間のみ) 使用開始(年 月より) 13) 気管切開 無・有(年 月 日より) 14) その他医学的管理状況			

補装具・様式14：裏

<p>意思伝達能力の状況</p>	<p>1 文字の理解 (漢字・ひらがな・カタカナ・数字・絵文字)</p> <p>2 言語の理解 (ほぼ理解できる・簡単な言葉ならわかる・殆ど理解できない・不明)</p> <p>3 知的障害等 無・有(程度: 療育手帳)</p> <p>4 口話での意思疎通(可能・何とか可能・不可能)</p> <p>5 口話以外での意思疎通 方法 手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤・その他() 程度 可能・何とか可能・不可能</p>
<p>意思伝達装置の使用状況</p>	<p>1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の薦め</p> <p>2 今まで使ったことがありますか。(試用も含む) ①はい ②いいえ</p> <p>『“はい”と回答された方は以下の項目に記入をお願いします。』</p> <p>3 使用期間 (年 月 ~ 年 月)</p> <p>4 使用頻度 1日あたり約 時間使用、週に約 日間使用</p> <p>5 使用機種 ①ソフトウェアを搭載した専用機器(製品名:) ②生体現象(脳血流等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの(製品名:)</p> <p>6 操作能力 本人(独力で可能・一部介助・不可能) 連続使用時間(分/回)</p> <p>7 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前頭部・その他()</p> <p>8 使用場所 ①自宅 ②施設/病院(施設名:)</p>
<p>必要と考えられる機種・付属品等</p>	<p>1 機種(製品名:) ①ソフトウェアを搭載した専用機器 ②生体現象(脳血流等を)利用し「はい・いいえ」を判定するもの</p> <p>2 付属品その他()</p> <p>3 操作部位()</p>
<p>使用効果 見込み</p>	
<p>上記のとおり意見する 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">病院又は診療所名 診療科 医師名</p>	

補装具・様式14：説明資料

◇ 補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）作成上のお願い◇

この意見書は補装具費の判定処方を行う際の判断の基準とさせて頂くものです。
ご面倒でも記入漏れのありませんようお願いいたします。

○経過

障害の原因となる疾患名（難病患者の場合は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載）、合併症及び経過などについて、記入して下さい。

難病患者等で進行性の疾患であり、症状の急速な進行が見込まれる場合には、「2 現症・障害の総合所見」に詳細を記入してください。

○総合所見

重度障害者用意思伝達装置の支給が必要と認める理由が明確となるよう、記入して下さい。

○該当する項目に○、各項目で記入する内容がある場合は、記入してください。

○意思伝達能力の状況

知的障害等は無・有に○印を、有の場合は程度または療育手帳所持の場合は「A・B」を記入して下さい。

○意思伝達装置の使用状況

試用も含めて使用経験のある場合は、1～8全ての項目に記入して下さい。

○必要と考えられる機種・付属品等

機種については①または②に○印を、身体状況上必要となる付属品等はその名称を具体的に記入して下さい。

○使用効果見込みについて

当該補装具を使用することによる生活改善の見込み・使用目的について具体的に記入して下さい。

○担当療法士も併せて検討した場合等、担当者名の記入もお願いします。

問合せ先：岡山県身体障害者更生相談所

TEL (086) 235-4577

補装具・様式15

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

_____氏の補装具費支給申請（補聴器）について、
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日

（補装具事業者名及び代表者名）

調整を行った者の氏名（ _____ ）

（言語聴覚士・認定補聴器技能者）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給に当たり、下記の内容について、確認しました。

____年 ____月 ____日

医療機関名 _____

所在地 _____

診療担当科 _____

作成医師氏名 _____

記

【患者情報】

氏名 _____

生年月日 ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳

住所 _____

身障手帳障害名と等級

_____ (____種 ____級)

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

		手術日	医療機関名	メーカー	機種名
人工内耳	右	年 月 日			
	左	年 月 日			
修理対象耳		右・左・両	使用効果見込み		

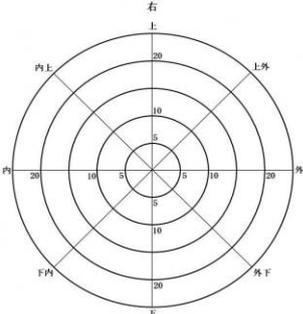
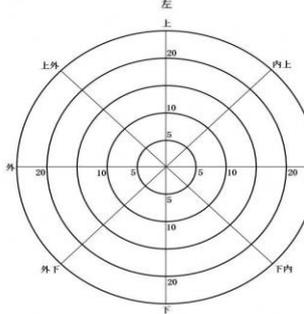
【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳用材料が破損した場合及び医学的に必要と認められる場合の交換では無く、人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

医療・様式1

自立支援医療(更生医療)判定票(視覚障害者用)

患者氏名	年 月 日	男 女	住所	岡山県
主 訴				
原傷病名			機能障害名	
治療経過の概要	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
視 力	区分	裸眼	矯正	矯正 眼鏡
	右眼			(× D C y l D A x)
	左眼			(× D C y l D A x)
現 症	区分	右 眼		左 眼
	外 眼			
	中 間 透 光 体			
	眼 底			
中 心 視 野				両眼の損失率 %
治療方針				改善見込
入院日	年 月 日 予定			
手術日	年 月 日 予定			
上記のとおり診断します。 年 月 日				
所在地		主として担当する医師名		
指定自立支援医療機関名		科		

医療・様式2

自立支援医療(更生医療)判定票

患者氏名	男 女			判定日	年 月 日		
	年 月 日			保険種別			
住 所				職 業			
主 訴				既往病歴			
原傷病名				機能障害名			
治療経過の概要・現症・検査値等	-----						

医療費概算額	年間医療費概算額(円)			備 考			
	手術料			治療方針			
	投薬注射						
	処 置				入院日	年 月 日 予定	
	検 査				手術日	年 月 日 予定	
	基本料				補装具		
	入 院			初診料 再診料			
	通院費 その他			入院日数	日		
	計			通院	月 回		
	通院費再掲	月 額	第1月	第2月	第3月	改善見込	
月 額							
第4月		第5月	第6月	計			
指定自立支援医療機関名						科	
主として担当する医師名							

岡山県身体障害者更生相談所

自立支援医療（更生医療）判定票（じん臓機能障害者用）

氏名		男 女	生年 月日	年 月 日（ 歳）
住所	岡山県			
障害名	(原因となった疾患名) によるじん臓機能障害			
検査値	検査項目	治療開始（導入）前		
	推算糸球体濾過量（eGFR）ml/分/1.73m ²			
	血清クレアチニン濃度 mg/dℓ			
	血清尿素窒素濃度 mg/dℓ			
	ヘモグロビン値 g/dℓ			
	血清ナトリウム／カリウム値mEq/l	/		
	血清カルシウム／リン値 mg/dℓ	/		
	平均1日尿量 ml			
臨床所見等 (1～8に ○をつける)	1. 体液貯留 2. 体液異常 3. 消化器症状 4. 循環器症状 5. 神経症状 6. 血液異常 7. 視力障害 8. その他の合併症()			
治療経過 の概要				
	※転院の予定がある場合→時期: 年 月 日頃(入院・通院)			
具体的な 治療方針 (1～4の いずれかに ○をつける。 該当であ れば複数可)	1. 慢性透析療法 1)手術日(シャント造設.カテーテル埋込み) 年 月 日 2)導入日・導入予定日 年 月 日 3)治療継続の見込み (継続治療 離脱の見込みあり) 2. 訪問看護 (腹膜透析に伴うもの) 3. 腎移植術 →手術予定日 年 月 日 4. 腎移植術後の免疫抑制剤の投与			
日常生活の 制限の程度	1. 家庭内、社会の日常生活制限無し 2. 社会の日常生活の著しい制限 3. 家庭内の日常生活の著しい制限 4. 自己の身の極度な生活制限			
医療費概算 額(1年間の 額とする。) ※訪問看護 については 3ヶ月間の 額とする。	年間医療費概算額(円)		・治療期間の見込み(1年間) 年 月 日から	
	手術料		入院治療期間 日間	
	投薬注射		通院治療期間 ヶ月 日	
	処置		・医療費(上記につき)	
	検査		①入院費総額 円	
	基本料		②通院費総額 円	
	入院		【年間医療費総額】	
訪問看護	※	①+②=③ 円		
その他				
③合計				
上記のとおり診断します。				年 月 日
所在地		主として担当する医師名		
指定自立支援医療機関名		科		

※裏面の「判定票記入上の留意事項」を参照してください。

「判定票記入上の留意事項」

この判定票による判定結果をもとに、治療期間、治療方針、医療機関等に係る支給決定がされます。この書類の記入にあたって、次のことにご留意下さい。

1. この書類の内容を審査し、自立支援医療（更生医療）の適否を判定しますので、できる限り詳細に記入してください。

2. **原因となった疾患名**：慢性腎不全の起因となった原疾患名を記入してください。
例：糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症、ネフローゼ症候群、嚢胞腎等

3. 検査値

(1) 慢性透析療法（血液透析・腹膜透析）

・新規に人工透析を開始する場合は治療導入前の検査値を記載し、既に人工透析を継続している場合は、治療直前の検査値を記載願います。

(2) 腎移植後の免疫抑制剤療法

・腎移植後に免疫抑制剤を投与している場合は、移植腎機能（直近）の検査値を記載願います。

4. **臨床所見**：慢性腎不全に伴う臨床所見について番号に○をしてください。（複数可）

1. 体液貯留（全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫）
2. 体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常）
3. 消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、下痢など）
4. 循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心膜炎）
5. 神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害）
6. 血液異常（高度の貧血症状、出血傾向）
7. 視力障害（尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症）
8. その他の合併症等（慢性腎不全に関連しない疾患、認知症、寝たきり度）

5. 治療経過の概要：

慢性腎不全となり、透析導入に至った経過、透析導入後の状態、腎移植術の適応、免疫療法の内容、移植腎機能の状態等を記入してください。

特に、透析導入前に血清クレアチニン値が低値の場合で透析導入した場合や、長期（3ヶ月以上）入院加療を必要とする場合には、詳細に記入してください。

また、今後、転院の予定がある場合には、時期及び入院・通院の記入が必要です。

6. 具体的な治療方針：

この判定票において、慢性透析療法とは、継続的に透析療法が必要となっている状態（基本的には離脱の見込みがない状態）で導入されている透析療法を想定しています。

「3）治療継続の見込み」

・腎移植術の施行以外の理由で「離脱の見込みあり」を選択された場合は、別途、状況をお伺いする場合があります。

7. **日常生活制限の程度**：次のとおりの分類により判断してください。

1. 家庭内、社会の日常生活制限無し→ 極めて温和な日常生活活動について支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限がされることがないもの
2. 社会の日常生活の著しい制限→ 社会での極めて温和な日常生活活動について支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（身体障害者手帳4級相当）
3. 家庭内の日常生活の著しい制限→ 家庭での極めて温和な日常生活活動について支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（身体障害者手帳3級相当）
4. 自己の身の極度な生活制限→ 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるか、血液浄化を目的とした治療を必要とするもの、若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの（身体障害者手帳1級相当）

8. その他の留意事項

具体的な手続きについては、患者の居住地の市社会福祉事務所、町村福祉担当課へ、医学的な判定に関することについては、岡山県身体障害者更生相談所（TEL：086-235-4577）へお尋ねください。

自立支援医療（更生医療）判定票（肝臓機能障害者用）

氏名		男 女	生年 月日	年 月 日（ 歳）
住所	岡山県			
障害名	(原因となった疾患名) による肝臓機能障害			
検査値	検査項目	検査値		
	血清アルブミン値	g/dl		
	プロトロンビン時間 (PT-I NR)	%		
	血清総ビリルビン値	mg/dl		
	血中アンモニア濃度	μg/dl		
	血小板数	mm ³		
	血清クレアチニン値	mg/dl		
	臨床所見等 (1～7に○をつける)	1. 肝性脳症：軽度 (I・II) 2. 肝性脳症：昏睡 (III以上) 3. 腹水：軽度 4. 腹水：中程度以上 5. 強い倦怠感・易疲労感 6. 吐血、下血(既往を含む) 7. その他併症() (※裏面の「判定表記上の留意事項を参照」)		
治療経過の概要(既往病歴を記入下さい)	<p>・脳死、生体の別(生体の場合はドナーの続柄)を記入ください。</p> <p>・臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)等を遵守している旨を記入ください。</p>			
具体的な治療方針(該当に○をつける。該当であれば複数可)	<p>1. 肝臓移植術 →手術予定日 _____ 年 月 日</p> <p>2. 肝臓移植術後の免疫抑制剤の投与</p> <p>・薬剤名 ア) タクロリムス _____ mg/日 イ) サイクロスポリン _____ mg/日 ウ) その他の薬剤名及び投与量(日)</p> <p style="text-align: center;">(M M F ()) その他 ())</p> <p>・免疫抑制剤の血中濃度(ア)・イ)) タクロリムス _____ ng/ml サイクロスポリン _____ ng/ml</p> <p>・肝臓移植術施行年月日 _____ 年 月 日 [医療機関名 _____]</p>			
医療費概算額 (上記治療を始めてから1年間の額とする)	年間医療費概算額 (円)		・治療期間の見込み (1年間) _____ 年 月 日から	
	手術料		入院治療期間 _____ 日間	
	投薬注射		通院治療期間 _____ ヶ月 日	
	処置		・医療費(上記につき)	
	検査		①入院費総額 _____ 円	
	基本料		②通院費総額 _____ 円	
	入院		【年間医療費総額】	
	その他		①+②=③ _____ 円	
③合計				
上記のとおり診断します。 _____ 年 月 日				
所在地 _____ 科				
指定自立支援医療機関名 _____ 科				
主として担当する医師名 _____				

「判定票記入上の留意事項」

この書類の記入にあたって、次のことにご留意ください。

【臨床所見】

1 肝性脳症：昏睡度分類については犬山シンポジウム（1981年）による。

- ・ I、II：軽度
- ・ III以上：昏睡

(参考) 犬山シンポジウム（1981年）

昏睡度	精神症状	参考事項
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分、ときに抑うつ状態 だらしなく、気にもとめない態度	retrospectiveにしか判定できない場合が多い
II	指南力（時・場所）障害、物を取り違える（confusion） 異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど） ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる） 無礼な言動があつたりするが、医師の指示に従う態度をみせる	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり
III	しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態（ほとんど眠っている） 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じうる）	羽ばたき振戦あり （患者の協力が得られる場合） 指南力は高度に障害
IV	昏睡（完全な意識の消失） 痛み刺激に反応する	刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる
V	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	

2 腹水：原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量による。

【軽度】：概ね10以上

【中程度以上】：概ね30以上

*ただし小児等の体重が概ね40Kg以下のものについて

【軽度】：薬剤によるコントロールが可能なもの

【中程度以上】：薬剤によってコントロールができないもの

3 強い倦怠感、易疲労感：1日に1時間以上の安静臥床を必要とする状態がある。

* 自立支援医療(更生医療)は、この自立支援医療（更生医療）判定票に基づいて審査し、判定をしますのでできる限り詳細にご記入ください。

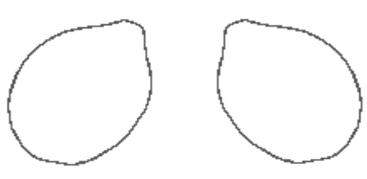
医療・様式5

自立支援医療費概算額算出表(円)

年 月 日

氏 名					男・女	年齢	才							
手 術 名														
手術料	内 容	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月	第8月	第9月	第10月	第11月	第12月	合 計
投薬・注射														
処置														
検査														
入院料														
通院費(再診料)														
計														

自立支援医療（更生医療）判定票（聴覚障害者用）

氏名	男 女	歳	判定日	令和 年 月 日																																																		
	T S H 年 月 日生		住所																																																			
主訴				手帳等級 級																																																		
原傷病名			機能障害名																																																			
経過																																																						
	右	左	オージオグラム 聴力検査（純音による検査） オージオメータの型式（ _____ ）																																																			
聴力(4分法)	dB	dB																																																				
最高語音明瞭度	dB %	dB %																																																				
※語音明瞭度検査を実施し記入すること。																																																						
(現症)耳鼻疾患の有無及び障害の状況																																																						
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			500	1000	2000	Hz	30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500	1000			2000	Hz																																																
30																																																						
40																																																						
50																																																						
60																																																						
70																																																						
80																																																						
90																																																						
100																																																						
110																																																						
総合所見（伝音・感音・混合）難聴																																																						
その他 参考となる合併症																																																						
※気導・骨導聴力をご記入ください。																																																						
治療方針																																																						
入院日	令和 年 月 日	改善見込																																																				
手術日	令和 年 月 日																																																					
上記のとおり診断します。 <div style="float: right; text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 所在地・郵便番号・電話番号 指定自立支援医療機関名 </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> 主として担当する医師名 科 </div> </div>																																																						

判 定 依 頼 書 ㊦

第 号
年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

次の者に対する判定を依頼する。

(ふりがな) 障害者名	男 女	年 月 日生 歳
住 所		
身体障害者 手 帳	第 号 (年 月 日 交付) 障害追加年月日 (年 月 日)	第 号 の 号 級
	手帳申請中 (申請日: 年 月 日)	
手 帳 障 害 名		
指定自立支援 医療機関名		
支給を希望する 医 療 の 内 容	1. 心 臓 2. 腎 臓 (慢性透析療法、訪問看護、腎移植術、術後抗免疫療法) 3. 肢体不自由 4. 肝 臓 (肝臓移植術、術後抗免疫療法) 5. その他 ()	
手 術 予 定 日 透析導入年月日	年 月 日	
判定依頼事項	1. 自立支援医療 (新規) 2. 自立支援医療 (期間延期)	
自立支援医療申請日	年 月 日	
備考		

判 定 依 頼 書 用 紙

第 年 月 日 号

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

① 総合等級ではなく、更生医療の判定依頼を行う機能障害の等級を記載すること。

(ふりがな) 障害者名		男 女		年	月	日生 歳
住 所						
身体障害者 手 帳	第	号	第	の	号	級
	(年	月	日	交付)	①
	障害追加年月日	(年	月	日)	
	② 手帳申請中 (申請日: 年 月 日)					
手 帳 障 害 名	③ 更生医療の判定依頼を行う機能障害名のみ記載すること。システム上複数記載される場合には、判定依頼を行う機能障害名（等級）にマーカーをすること。					
指定自立支援 医療機関名	② 当該欄に記入した場合、手帳との同時申請を行わなければならない「 緊急かつやむを得ない 」と判断した理由を④備考欄に記載すること。					
支給を希望する 医 療 の 内 容	1. 心 臓 2. 腎 臓 (慢性透析療法、訪問) 3. 肢体不自由 4. 肝 臓 (肝臓移植術、術後免疫療法) 5. その他 ()					
手 術 予 定 日 透 析 導 入 年 月 日	年 月 日					
判定依頼事項	④ 備考欄には、 <u>手帳との同時申請が必要であると判断した理由</u> （「本人が同時に申請を行った」、「医療機関から至急での対応依頼があった」、「経済的な問題により医療費が支払えない」、等の事実の記載ではなく、情報を整理し判断を行うこと。）や、医療機関からの聞き取り情報など、判定に必要な情報を記載すること。 判定票の記載日から3か月以上経過した申請の場合には、判定依頼前に、医療機関や本人から遅延理由や現在の治療状況等の詳細を確認し記載すること。					
自立支援医療申請日						
④ 備考						

判定書(自立支援医療)

福相障 第 号
年 月 日

殿

岡山県身体障害者更生相談所長

年 月 日 付の依頼については、次のとおり判定する。

記

氏名		性別		生年月日	年 月 日
居住地					
判定年月日					
障害名				程度	級
総合判定					
医学的状況 障害状況			意見		
自立支援医療	1. 具体的内容 2. 治療見込み 3. 医療機関名		4. 医療費概算額 入院 日 通院 月 入院費 円 通院費 円 総額 円 <small>※判定日以前の医療費は適用しないよう留意すること</small>		
障害程度の再認定時期					

在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業申請書

第 号
年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

次の者に対する事業適用を申請する。

障 害 者 名	男 女	年 月 日 (歳)
住 所		
身 体 障 害 者 手 帳	第 号 (年 月 日交付)	第 の 号 級
手 帳 障 害 名		
疾 患 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)	
事業適用を必要 とする理由		
希 望 補 装 具		
備 考	希望事業者名	

A D L（日常生活動作等）の状況

下記の10項目について、該当する状況欄に○印を記入下さい。

項 目		自立度の状況 (低) 自立度 ←—————→ 自立度 (高)						
1	歩行・起座	ねたきり (座位不能)	ねたきり (座位可能)	ねたり、おきたり 押車等の支えがいる	つたい歩きならできる 階段登りおりはできない	杖歩行ができる 階段の昇りおりに手助けが いるか時間がかかる	短時間の独歩可能	正常
2	生活圏	寝床上	寝床周辺 ベッドの上でテレビを見 たり食事をする	室内 ポータブルトイレを使っ ている	屋内 トイレまでどうにか往復でき る	屋外 庭先程度の散歩なら可能	近隣	正常
3	着脱衣	全面介助	略全面介助 (指示に多少従える)	着衣困難 脱衣も部分介助を要する	脱衣可能、着衣は部分介助を 要する(ボタン・ホック等細 かい作業ができない)	遅くて、時に不正確(ファ スナーのしめ忘れ、ボタ ンのつけ違いなど)	ほぼ自立 ゆっくりであるが正確 にできる	正常
4	食 事	経口摂食不能	経口全面介助	介助を多く要する (途中でやめる。全部細 かくきざむ必要あり)	部分介助を要する (食べにくいものをきざむ必 要あり)	配膳を整えてもらうとほぼ 自分で食べられる	ほぼ自立	正常
5	排 泄	常時、大小便失禁 (尿意・便意が認め られない)	常時、大小便失禁 (尿意・便意あり、失禁 後不快を示す)	失禁することが多い(尿 意・便意を伝えること可 能、常時おむつ)	時々失禁する (気を配って介助すれば殆ど 失禁しない)	ポータブルトイレ・しびん 使用、後始末不十分	トイレで可能 後始末は不十分なこと がある	正常
6	買物・家事 身辺整理	できない	ほとんどできない	買い物はできない 指示されればごく簡単な 家事整理は可能	簡単な買物もできない 簡単な家事、整理のみ可能	簡単な買い物可能 留守番、複雑な家事整理は 困難	やや不確実だが買物、 留守番、家事等を一応 まかせられる	正常
7	関心・意欲 交流	無関心 全く何もしない	周囲に多少関心あり ぼんやりと無意に過ごす ことが多い	自ら殆ど何もしないが、 指示されれば簡単なこと はしようとする	習慣的なことは、ある程度自 らする。気がむけば人に話し かける	運動・家事・仕事・趣味な どを気がむけばする。必要 なことは話しかける	やや積極性に低下がみ られるがほぼ正常	正常
8	会 話	呼びかけに無反応	呼びかけに一応反応あ り、自ら話すことはない。	ごく簡単な会話は可能で あるが、辻つまの合わない ことが多い	簡単な会話は可能であるが、 見当違いの話の時もある	話し方はなめらかでない が、簡単な会話は通じる	日常会話はほぼできる 複雑な会話がやや困難	正常
9	記銘・記憶	何も憶えられない	新しい事は全く憶えられ ない 古い記憶が稀にある	最近の記憶殆どなし 古い記憶多少残存、生年 月日不確か	最近の出来事の記憶困難、古 い記憶もあつたりなかったり 生年月日正答	最近の出来事をよく忘れる 古い記憶はほぼ憶えている	最近の出来事を時々忘 れる	正常
10	見当識	全くなし 身近な家族を見ても 誰か全く分からない	殆どなし 人物はある程度見分ける	家族と他人の区別は一応 できるが誰であるかわか らない	日時・年齢・場所など不確か 道に迷う	時々場所を間違えることあ り	時々日時を間違えるこ とあり	正常

<参考様式>

介護保険適用に係わる調査書（車椅子等）

氏名	生年月日	年	月	日（ 歳）
身長	cm	体重	kg	要介護認定の申請（ あり ・ なし ）
介護認定の結果（非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）				
直近の認定日（ 年 月）				
希望補装具				
現在の車椅子等の利用状況について				
① 車椅子等の利用（ 有 ・ 無 ）				
② 車椅子等の入手経路 補装具費支給・介護保険法による貸与・自費購入・その他（ ）				
③ 車椅子の型式 普通型・手押し型・電動車椅子・その他（ ）				
○介護保険対応の福祉用具（車椅子・電動車椅子等）の適用に係る具体的検討				
① 車椅子等の試乗（ 有 ・ 無 ） 注）無の場合、試乗等をしていただき、まず介護保険での対応をご検討ください。				
② 試乗した車椅子等の形式 普通型・手押し型・電動車椅子・その他（ ）				
③ 試乗した車椅子等のメーカー、型番、寸法（シート幅、シート高）等				
○介護保険の福祉用具貸与で対応が困難な状況（オーダーメイドの補装具が必要な理由） 注）介護保険の福祉用具の使用結果や身体に合わない部分を具体的に記入してください。				
調査年月日 年 月 日 市町村名				
調査者氏名（ 介護保険担当・補装具担当・ケアマネ ）氏名				

障害者総合支援法の補装具費支給制度と介護保険貸与で共通している福祉用具「車椅子・電動車椅子・歩行器・歩行補助つえ」は原則として介護保険貸与が優先となっています。

介護保険の貸与を利用することで、介護保険サービスの上限を超えるとの理由においても介護保険貸与が優先となります。

施設入所者用調査書 参考様式

補装具（車椅子等）調査書 （施設用）

氏名	生年月日	年	月	日	(歳)						
入所施設名												
入所施設種別												
入所日	年	月	日	退所予定	(有	年	月	日	・	無)
身長	cm	体重	kg	腰幅	cm							
療育手帳 (有・無) 精神保健福祉手帳 (有・無)												
介護保険区分 (要支援・要介護)												
現在の車椅子利用状況について												
① 車椅子の種類												
② 使用状況 (場所、時間、頻度等) (利用が無い場合は必要になった経緯)												
③ 車椅子のオーダーメイドが必要な理由												
必要な車椅子の種類・付属品等												
上記車椅子使用による効果見込												
記入年月日												
年												
月												
日												
記入者所属 () 氏名 ()												

補装具（肢体不自由者（18歳以上））の申請に際しての調査用紙

※電動車いすを除く

記入日	令和 年 月 日	記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
申請者氏名		生年月日	年 月 日
生活状況	在宅（就労：無・有） <input type="checkbox"/> 施設（通所 合計 日/週・入所 → 施設名() <input type="checkbox"/> 病院（入院中 → 病院名()） <input type="checkbox"/> 退院予定（無・有 → 月：自宅・施設）		
治療状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中 →（通院医療機関名 通院頻度：()		

★の内容については更生相談所職員も確認させていただくことがあります。

①今回申請する補装具を選んでください。

- 車いす 姿勢保持装置 靴型装具 義足 義手
 下肢装具（短下肢・長下肢・足底・その他） 上肢装具 体幹装具
（作成予定の事業者名：()

②申請理由を選び、具体的な使途を記入してください。

- 新規購入 再支給（ 破損 老朽化 障害状況が変化した 合わない その他）
★破損状況・現在のお身体に合わない部分があると気が付いた時期などを具体的に記入してください。

★具体的な使途（使用場所（屋内・屋外等）、使用目的、使用頻度、使用時間など。移動状況は詳細に記載）

- 場所（屋内・屋外） 目的（移乗・移動・座位時の姿勢保持・その他）
 自立度（自立・部分介助・全介助） 転倒歴（無・有 → 骨折：無・有）
 移動状況（車いす → 自走：否・可 下肢装具・義足 → 独歩：否・可 → 杖使用：無・有）
 使用頻度・時間（()） 車いすの車載（無・有）

③同じ補装具について複数個の支給を希望する方へお聞きします。（※該当者のみ）

1個の支給では支障となることや複数支給を受ける必要がある（職業上や使用環境等）事由を記入して下さい。

④岡山県身体障害者更生相談所の相談事業を利用する場合、可能な日程を選択してください。

- 来所相談（ 月 第1水曜日 月 第2水曜日 月 第4水曜日）
 巡回相談（月 日 ← ※日程を記載すること）

【市町村確認欄】

- 他法優先制度の非該当であることを確認済みです。
【自動車賠償責任保険 労災 介護保険（非保険者（40歳未満・医療扶助）、16特定疾患非該当者、要支援介護非該当者）】
 介護保険該当者（※）が障害者総合支援法による補装具費支給の申請を行う場合、その理由を判定依頼書に記載済みです。
 再支給の場合、前回支給を受けた装具を判定会場に持参することについて説明済みです。
 ※の施設入所者及び介護保険該当者で、車いす等の判定依頼を行う場合には、ハトブックの調査書を添付しました。

(市町村名：())

補装具（肢体不自由者（18歳以上））の申請に際しての調査用紙

※電動車いすを除く

記入日	令和 年 月 日	記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他()
申請者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇 年 〇月 〇日
生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅（就労：無・有） <input checked="" type="checkbox"/> 施設（通所 合計 日/週・ <u>入所</u> → 施設名（〇〇） <input type="checkbox"/> 病院（入院中 → 病院名()） <input type="checkbox"/> 退院予定（無・有 → 月：自宅・施設）		
治療状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 → （通院医療機関名 〇〇病院 通院頻度：3か月ごと）		

★の内容については更生相談所職員も確認させていただくことがあります。

①今回申請する補装具を選んでください。

- 車いす 姿勢保持装置 靴型装具 義足 義手
 下肢装具（短下肢・長下肢・足底・その他） 上肢装具 体幹装具
 （作成予定の事業者名： 〇〇）

②申請理由を選び、具体的な用途を記入してください。

- 新規購入 再支給（ 破損 老朽化 障害状況が変化した 合わない その他）

★破損状況・現在のお身体に合わない部分があると気が付いた時期などを具体的に記入してください。

RO年夏ごろから、カタカタと音がするようになった。〇月頃から力はいりにくく足置きから足がずれ落ちるようになり危ない。

★具体的な用途（使用場所（屋内・屋外等）、使用目的、使用頻度、使用時間など。移動状況は詳細に記載）

- 場所（屋内・屋外） 目的（移乗・移動・座位時の姿勢保持・その他）
 自立度（自立・部分介助・全介助） 転倒歴（無・有 → 骨折：無・有）
 移動状況（車いす → 自走：否・可） 下肢装具・義足 → 独歩：否・可 → 杖使用：無・有）
 使用頻度・時間（日中） 車いすの車載（無・有）

車いす移乗時、見守り要。乗車時、自力で姿勢変換可能。見守りがあれば自走可能。

③同じ補装具について複数個の支給を希望する方へお聞きします。（※該当者のみ）

1個の支給では支障となることや複数支給を受ける必要性がある（職業上や使用環境等）事由を記入して下さい。

④岡山県身体障害者更生相談所の相談事業を利用する場合、可能な日程を選択してください。

- 来所相談（ 月 第1水曜日 4月 第2水曜日 月 第4水曜日）

巡回相談（ 月 日 ← ※日程を記載すること）

【市町村確認欄】

- 他法優先制度の非該当であることを確認済みです。
 【自動車賠償責任保険 労災 介護保険（非保険者（40歳未満・医療扶助）、16特定疾患非該当者、要支援介護非該当者）】
 介護保険該当者（※）が障害者総合支援法による補装具費支給の申請を行う場合、その理由を判定依頼書に記載済みです。
 再支給の場合、前回支給を受けた装具を判定会場に持参することについて説明済みです。
 ※の施設入所者及び介護保険該当者で、車いす等の判定依頼を行う場合には、ハトブックの調査書を添付しました。

（市町村名：●●市）

<参考様式>

調査書（両耳申請）

氏名	
生年月日	年 月 日生
補聴器の使用状況	(1)装用歴 ～ 装用耳（右・左・両耳） (2)現在使用している補聴器 高度難聴用（ポケット型・耳かけ型） 重度難聴用（ポケット型・耳かけ型） その他（ ） 装用耳（右・左・両耳） 購入年月 年 月（支給・自費）
片耳装用ではどのような支障があるか	
両耳装用を必要とする理由	障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要とする理由
就労・就学等の状況	期間（いつから） 頻度や時間（週〇日、何時から何時まで） 内容
その他	
記入者	年月日 年 月 日 市町村名 担当者

調査書（耳あな型）

氏名	
生年月日	年 月 日生
補聴器の使用状況	(1)装用歴 ～ (耳かけ・耳あな) 装用耳(右・左・両耳) (2)現在使用している補聴器 高度難聴用(ポケット型・耳かけ型) 重度難聴用(ポケット型・耳かけ型) その他() 装用耳(右・左・両耳) 購入年月 年 月(支給・自費)
1 ポケット型及び耳かけ型の使用が困難な理由	耳介欠損等のやむを得ない理由(有・無)
2 耳あな型を必要とする理由	障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要とする理由(有・無)
就学・就労等の状況(ある場合)	期間(いつから) 頻度や時間(週○日、何時から何時まで) 内容
該当があれば、説明の上、チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> (1)1, 2に該当する理由がない場合 購入する補聴器の価格と高度難聴用耳かけ型の補装具費(1割負担で44,226円、自己負担なしで49,184円)との差額は自己負担となることについて説明の上、了承済みである。 <input type="checkbox"/> (2)1, 2に該当せず、重度難聴用の補聴器を使用している場合 補装具費で支給できる耳あな型は、高度難聴用のため、来所時の検査において高度難聴用耳かけ型で補聴効果が得られなかった場合には、補装具費の対象とならず、購入を希望する場合には全額自費購入となることについて、説明の上、了承済みである。
記入者	年月日 年 月 日 市町村名 担当者

<参考様式>

調査書（人工内耳装用者）

氏名	
生年月日	年 月 日生
補聴器の使用状況	(1)支給歴 年～ (2)現在使用している補聴器 高度難聴用（ポケット型・耳かけ型） 重度難聴用（ポケット型・耳かけ型） その他（ ） 装用耳（右・左・両耳） 購入年月 年 月（支給・自費）
人工内耳の手術歴	年 月 日（右・左）
人工内耳のみでは どのような支障が あるか	
人工内耳の反対耳 に補聴器装用を必 要とする理由	生活環境、就学、就労状況等により補聴器装用を必要とする理由
就学・就労等の状 況（ある場合）	期間（いつから） 頻度や時間（週〇日、何時から何時まで） 内容
記入者	年月日 年 月 日 市町村名 担当者

<参考様式>

調査書（補聴援助システム）

氏名	
生年月日	年 月 日生
補聴器の使用状況	(1)支給歴 年～ (2)現在使用している補聴器 高度難聴用（ポケット型・耳かけ型） 重度難聴用（ポケット型・耳かけ型） その他（ ） 装用耳（右・左・両耳） 購入年月 年 月（支給・自費）
申請する機器名	
補聴器のみではどのような支障があるか	
補聴援助システムを必要とする理由	障害の状況・生活環境・就学・就労の保障の上で必要とする理由
就学・就労等の状況（ある場合）	期間（いつから） 頻度や時間（週〇日、何時から何時まで） 内容
補聴援助システムの使用経験	(1) 使用経験（使用期間、使用状況等） (2) 補聴援助システムを使用することでどのような効果があるか
記入者	年月日 年 月 日 市町村名 担当者

<参考様式>

調査書（特例補装具）

氏名	
生年月日	年 月 日生
補聴器の使用状況	(1)支給歴 年～ (2)現在使用している補聴器 高度難聴用（ポケット型・耳かけ型） 重度難聴用（ポケット型・耳かけ型） その他（ ） 装用耳（右・左・両耳） 購入年月 年 月（支給・自費）
特例補装具名	
特例補装具の特徴	
基準内補装具では対応できない理由	
特例補装具の必要性と効果	
就学・就労等の状況（ある場合）	期間（いつから） 頻度や時間（週〇日、何時から何時まで） 内容
他の製品との比較について	
記入者	年 月 日 市町村名 担当者

<参考様式>

自立支援医療(更生医療)を適用した手術による
身体障害者手帳等級の再認定に必要な情報提供について

市町村名: _____

担当課名: _____

担当者名: _____

電話番号: _____

項 目	内 容
支給決定者氏名(生年月日)	(年 月 日)
住 所	
市町村支給決定日	
更生相談所判定日	
受給者証有効期間	~
自立支援医療(更生医療) を適用する手術内容	
指定自立支援医療機関名	
自立支援医療(更生医療) 適用予定期間(変更前)	
①手術予定日	年 月 日
②更生医療適用最終月	年 月診療分
自立支援医療(更生医療) 適用予定期間(変更後)	
①手術予定日	年 月 日
②更生医療適用最終月	年 月診療分

(注)この表は、手術日の変更等により、更生医療適用最終月に1か月以上の変更が生ずることが判明した時点で身体障害者更生相談所の身体障害者手帳担当に提出願います。

自立支援医療(更生医療)を適用した手術と身体障害者手帳等級の再認定時期(参考例)

項 目		内 容
身体障害者手帳障害名		疾病による両下肢機能の著しい障害(2級)
自立支援医療(更生医療)を適用する手術内容		左膝人工関節置換術
自立支援医療(更生医療)適用予定期間	変更前	手術及び術後の通院を指定自立支援医療機関で行う例
①手術予定日		令和 X 年6月
②更生医療適用最終月		令和 X 年12月診療分(術後通院期間含む)
<u>身体障害者手帳等級再認定予定時期</u>		<u>令和 X+1 年3月以降</u>
自立支援医療(更生医療)適用予定期間	変更後	手術及び術後の通院を指定自立支援医療機関で行う例
①手術予定日		令和 X 年8月
②更生医療適用最終月		令和 X+1 年2月診療分(術後通院期間含む)
<u>身体障害者手帳等級再認定予定時期</u>		<u>令和 X+1 年5月以降</u>

(説明)

- 上記の例では、手術日に変更を生じたため、更生医療適用最終月に変更が生じた。(2か月延長された。)
- 身体障害者手帳の等級再認定については、更生医療適用最終月から一定期間(3か月)経過した時期を再認定予定時期として指定するため、手術日変更に伴う再度の再認定予定時期の指定が必要となる。
- 上記例では、再認定予定時期が遅くなるが、早期の情報提供がされず、再度の再認定予定時期の通知が適当な時期に発出できないことが起こると、更生医療適用期間中に再認定申請がなされるなどの不都合が生ずる場合がある。
- 上記例の人工関節置換術のほか、再認定を必要とする主な自立支援医療(更生医療)の内容は以下のとおり
 視覚:網膜剥離手術、水晶体摘出術、人工レンズ埋め込み術、角膜移植など、視力の回復を見込めるもの
 聴覚:鼓室形成術など、聴力の回復を見込めるもの
 音声・言語・そしゃく:口蓋裂形成術・口唇裂形成術など
 肢体不自由:骨きり術、人工関節等置換術
 心臓:心房、心室中隔欠損の閉鎖術など
 小腸:小腸疾患の治療(中心静脈栄養法など)

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

本人	ふりがな						生年 月日	T・S・H・R				
	氏名	(男・女)						年 月 日				
	個人番号											
	居住地	〒 (電話 - -)										
保護者	ふりがな						続柄					
	氏名						生年 月日	T・S・H・R				
	居住地	〒 (電話 - -)										

注 保護者の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

岡山県知事 殿

身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請します。

認定	種 級										
	再 認 定	令和 年 月 日 ()									

上記の欄は、申請者は記入しないこと。

更生医療同時申請

自立支援医療（更生医療）同時申請の場合は朱書きすること

市町村
受付印

身体障害者

申請者・児童の氏名欄は、ふりがなを記入し、漢字を確認（旧字体の場合等はその旨を付箋紙等で記す）すること。

月 日

本人	ふりがな						生年	T・S・H・R			
	氏名						月日	年	月	日	
	(男・女)										
個人番号	個人番号										
	居住地	〒 _____)									
保護者	ふりがな						生年	T・S・H・R			
	氏名						月日	年	月	日	
	居住地	〒 _____ (電話 - -)									

右上に押印すること

身元確認書類による本人確認と記入された番号確認を住基で必ず行うこと。

注 保護者の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

岡山県知事 殿

身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請します。

認定	種 級										
	再 認 定	令和	年	月	日 ()						

上記の欄は、申請者は記入しないこと。

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

本人	ふりがな						生年 月日	T・S・H・R				
	氏名	(男・女)						年 月 日				
	個人番号											
	居住地	〒 (電話 - -)										
保護者	ふりがな						続柄					
	氏名						生年 月日	T・S・H・R				
	居住地	〒 (電話 - -)										

注 保護者の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

岡山県知事 殿

私は次のとおり

紛失しましたので
破損し使用に堪えませんので
障害程度が変更しましたので
再認定を受けるため
その他 ()

関係書類を添えて再交付

を申請します。

旧手帳番号	第		号 (年 月 日交付)
-------	---	--	-----	--	----------

認定	種 級					
	再認定	令和 年 月 日 ()				

上記の欄は、申請者は記入しないこと。

(備考) 紛失又は破損による再交付申請で、個人番号カードや運転免許証等の提示により本人確認ができた場合には、個人番号の記載は不要。

取 下 書

令和 年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

申請者（取下者）

居住地： _____

電話（ — — ）

氏 名： _____

令和 年 月 日付で（私）（父 ○○ ○○ ）が申請した
身体障害者手帳交付申請については、以下の理由により取下します。

記

（取下理由）

（例）

- ・例① 新たな診断書で再度申請したため。
- ・例② 申請者（父、氏名○○○○）が、令和○年○月○日死亡したため。

身体障害者居住地等変更届

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

届出者

ふりがな	
氏 名	
電 話 番 号	() -
保護者の場合、 児童本人の ^{ふりがな} 氏名	(ふりがな)

令和 年 月 日 下記のとおり [居住地
氏 名] を変更したので、
届け出ます。

本人 記 載 事 項	居 住 地	新	〒											
		旧	〒											
	ふりがな 氏 名	新	(ふりがな)											
		旧	(ふりがな)											
個 人 番 号														
保 護 者 記 載 事 項	居 住 地	新	〒											
		旧	〒											
	ふりがな 氏 名	新	(ふりがな)								続 柄			
		旧	(ふりがな)											
既 交 付 の 身 体 障 害 者 手 帳 の 記 載 内 容														
手帳番号	第	号	交付年月日	S H R			年	月	日					
障 害 名							種別及び等級			種				
										級				

(注) 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

福相障第 号
令和 年 月 日

殿

岡山県身体障害者更生相談所長

身体障害者居住地変更通知書

下記の者から令和 年 月 日をもって居住地を変更した旨の届出があり、これを受理したので通知します。

なお、身体障害者更生指導台帳を新居住地を所管する市福祉事務所・町村長あて送付願います。

記

居住地：

氏名： 生年月日

手帳番号		交付年月日	
障害名		変更後の居住地	

送付先（転入先市町村担当課名）

〒
住所
電話番号

処理事項	処理年月日	担当者名
身体障害者手帳交付台帳抹消済		
管轄市福祉事務所・町村連絡済		
身体障害者更生指導記録票送付済		

担当課：岡山県身体障害者更生相談所
担当：身体障害者手帳担当：
連絡先：086-235-4065

福相障第 号
令和 年 月 日

様

岡山県身体障害者更生相談所長

却下決定通知書

令和 年 月 日に申請された身体障害者福祉法（昭和24年法律283号）に基づく身体障害者手帳の交付申請について、次の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

本人氏名：
障害区分：
却下理由：

（教示）

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、岡山県知事に対して審査請求をし、若しくは同日から起算して6月以内に岡山県を被告としてこの決定の取消しの訴えを提起し、又はこれらのいずれについても行うことができます。

担当課：岡山県身体障害者更生相談所
担当：身体障害者手帳担当
連絡先：086-235-4065

(参考様式)

令和 年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市町村(福祉事務所)長

身体障害者死亡等通知書

下記のとおり、身体障害者手帳を交付された本人の死亡の事実を確認したので、身体障害者福祉法施行令第12条第2項の規定により通知します。

記

氏名 (漢字)	住所	生年月日	手帳番号	死亡年月日	手帳返還 有無

(参考様式)

福相障第 号
令和 年 月 日

県内市町村（福祉事務所）長 殿

岡山県身体障害者更生相談所長

身体障害者の居住地変更について

このことについて、他の都道府県から、別紙の居住地変更届が提出された旨の通知がありましたので、お知らせします。

つきましては、下記の者に係る身体障害者指導記録票（又は身体障害者更生指導台帳の写し）を、新居住地を管轄する市町村（福祉事務所）長あて送付願います。

記

手帳発行者	手帳番号	氏 名	新 居 住 地
岡 山 県			

(添付書類)

- ・身体障害者手帳の写し
- ・更生指導台帳送付先一覧

担 当 課 : 岡山県身体障害者更生相談所
担 当 : 身体障害者手帳担当
連 絡 先 : 086-235-4065

(参考様式)

様式第1号

身体障害者診断書・意見書 (機能障害用)

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 () 歳	男 女
住所					
①障害名 (部位を明記)					
②原因となった 疾病・外傷名		交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 自然災害 戦災, 疾病, 先天性, その他 ()			
③疾病・外傷発生日		平成 令和	年	月	日・場所
④参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)					
障害固定又は障害確定 (推定)		平成 令和	年	月	日
⑤総合所見					
〔将来再認定: 要・不要〕 (再認定の時期: 令和 年 月)					
※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください (成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く)。					
⑥その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称: _____ 病院又は診療所の所在地: _____ 診療担当科名: _____ 科 医師氏名: _____					
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない					
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせをすることがあります。					

[R6]

第 2 部

知的障害者更生相談所

第1章 知的障害

1 はじめに

(法令用語は当時のまま)

知的障害に対する福祉は、昭和22年の児童福祉法の制定から始められた。知的障害児に対して保護、指導の措置がとられることとなったが、その対象は18歳未満の知的障害児に限られていた。

昭和25年には精神衛生法（現在、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改称）が制定され、知的障害者を含む精神障害者の医療措置がとられることとなったが、知的障害者は比較的医療になじみ難い面があるため、知的障害者の福祉対策が課題として提起され、昭和35年3月、精神薄弱者福祉法が制定された。

精神薄弱者福祉法は、数次にわたる改正を経た後、平成10年9月に「精神薄弱」という用語を「知的障害」に改めるにあたり、法律名も「知的障害者福祉法」に改められ平成11年4月施行となった。

平成12年6月の「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」の成立によって、措置制度から、利用者自身が福祉サービスを選択する支援費制度へ変更、知的障害者福祉に関する事務の市町村への委譲などが平成15年4月から行われた。

平成18年4月の障害者自立支援法施行によって、知的障害者福祉法に規定されていた居宅及び施設サービスは障害者自立支援法に位置づけられた（市町村の措置による場合を除く）。

障害者自立支援法は、平成24年6月に法律名が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下「障害者総合支援法」という。）に改正され、平成25年4月から施行された。

2 知的障害の定義

知的障害者福祉法では、その対象となる知的障害についての定義はされていない。なお、厚生労働省が実施した「平成12年度知的障害児（者）基礎調査」では、知的障害とは、「知的機能の障害が発達期（概ね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別な援助を必要とする状態にあるもの」と定義されている。

3 知的障害者福祉法の目的

この法律は、障害者総合支援法と相まって、知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もって知的障害者の福祉を図ることを目的とする。（知的障害者福祉法第1条）

4 更生援護の実施者

この法律に定める知的障害者又はその介護を行う者に対する市町村による更生援護は、その知的障害者の居住地の市町村が行うものとする。（知的障害者福祉法第9条）

5 知的障害者福祉法の対象

知的障害者の援護は児童から成人まで一貫して行われるべきものであることから、この法律は、年齢を問わず社会通念上知的障害と考えられる者を対象としている。

なお、18歳未満の障害児については、児童福祉法第11条及び第12条に基づき、児童相談所が相談を受け、必要な判定、指導及び援助を行うこととされている。

第2章 知的障害者更生相談所の役割と業務内容

知的障害者更生相談所は、知的障害者福祉法第12条により都道府県に設置が義務づけられている行政機関である。

1 障害者総合支援法に定められた役割

知的障害者更生相談所には知的障害に関する専門機関として、以下のような役割が定められている。

(1) 支給要否決定等に関すること

ア 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、知的障害者更生相談所の意見を聴くことができる。(第22条第2項関係)

イ 知的障害者更生相談所は、前項の意見を述べるに当たって必要があると認めるときは、当該支給要否決定に係る障害者等、その家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。(第22条第3項関係)

(2) 市町村への指導・援助に関すること

市町村の求めに応じ、市町村が行う障害支援区分認定及び介護給付費等の支給要否決定等の業務に関し、知的障害者更生相談所による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。(第26条第1項関係)

2 主な業務内容

岡山県知的障害者更生相談所は、市町村が行う知的障害者への更生援護の実施にあたり、専門的知識及び技術を必要とする部分を支援するなど、具体的には次の業務を行っている。

(1) 療育手帳の判定及び交付

(2) 医学的、心理学的及び職能的判定

(3) 生活、職業、経済的給付等についての相談及び指導

(4) 市町村支援

ア 専門的な助言を要する者の相談及び指導

イ 専門的技術的援助及び指導等

(5) 研修の実施及び情報提供

(6) 自立支援協議会への参加等による地域生活支援への協力

3 管轄

岡山県（岡山市を除く）には、県民局管轄区域単位で3つの事務所があり、それぞれの事務所の管轄区域等は下表のとおりである。

なお、原則的には更生援護の実施責任を有する市町村を管轄する事務所が業務を実施するが、療育手帳の判定の場合、ケースの実情（対象者の利便性等）に合わせ、各事務所が協力して実施し、事務処理は管轄事務所が行う。

○知的障害者更生相談所（本所：福祉相談センター障害者相談課）：備前県民局管内

管轄区域	玉野市 備前市 瀬戸内市 赤磐市 和気町 吉備中央町
相談日時	月～金曜日 8時30分～17時15分
所在地	〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1（きらめきプラザ内）
連絡先	TEL 086-235-4316 FAX 086-235-4346 E-mail chisyou@pref.okayama.lg.jp

○知的障害者更生相談所倉敷支所：備中県民局管内

管轄区域	倉敷市 総社市 早島町
相談日時	月～金曜日 8時30分～17時15分
所在地	〒710-0052 倉敷市美和 1-14-31（倉敷児童相談所に併設）
連絡先	TEL 086-421-0991 FAX 086-421-0990

（井笠相談室）

管轄区域	笠岡市 井原市 浅口市 里庄町 矢掛町
相談日時	月・火・木・金曜日 8時30分～17時15分
所在地	〒714-8502 笠岡市六番町 2-5（井笠地域事務所敷地内）
連絡先	TEL 0865-69-1680 FAX 0865-63-5281

（高梁分室・新見相談室）

管轄区域	高梁市 新見市
相談日時	（高梁分室） 月・火曜日 8時30分～17時15分 （新見相談室） 木・金曜日 10時～16時
所在地	（高梁分室）〒716-8585 高梁市落合町近似 286-1（高梁地域事務所内） （新見相談室）〒718-8550 新見市高尾 2400（新見地域事務所内）
連絡先	TEL 0866-21-2833 FAX 0866-22-8098（高梁分室）

○知的障害者更生相談所津山支所：美作県民局管内

管轄区域	津山市 真庭市 美作市 鏡野町 勝央町 奈義町 久米南町 美咲町 新庄村 西粟倉村
相談日時	月～金曜日 8時30分～17時15分
所在地	〒708-0004 津山市山北 288-1（津山児童相談所に併設）
連絡先	TEL 0868-23-5131 FAX 0868-23-5132

※来所による相談は、原則として予約が必要。

なお、18歳未満の児童（保護者）は管轄の児童相談所（242頁）に予約し相談する。

※療育手帳新規判定の場合、嘱託医師による診察が必要。

〈精神科医師診察日〉

- ・本 所：第1及び第3金曜日の午後
- ・倉敷支所：不定期
- ・津山支所：第1及び第3火曜日の午後

第3章 療育手帳制度

本県では、旧厚生省事務次官通知「療育手帳制度について」のほか、本県で作成している「岡山県療育手帳制度要綱」「岡山県療育手帳判定要領」などにより制度を運用している。

1 目的

療育手帳は、知的障害者（児）が一貫した支援や相談、各種の福祉サービスを受けやすくするためのものである。その交付は、都道府県（指定都市）ごとに行われる。

2 交付対象者

児童相談所又は知的障害者更生相談所において、知的障害であると判定された者（以下「知的障害者」という。）に交付される。

岡山県では、発達期（おおむね 18 歳まで）に知的能力に遅れが生じ、かつ社会適応に支障が生じている場合を知的障害とし、療育手帳交付の対象としている。

3 判定等

療育手帳の判定には、身体障害者手帳のような全国統一の基準が定められていないため、都道府県（指定都市）ごとに基準を定めている。

岡山県では、知的能力に遅れがあっても社会適応上の支障がない場合、発達期を過ぎて、交通事故や脳血管障害等により知的能力の障害があらわれた場合、精神障害のため精神活動水準が下がり、知的障害があるように見える場合などは、知的障害と判定されない。

(1) 判定方法

知的障害の障害程度の判定は、知的能力と社会適応能力の程度を測定し、それらを総合して行う。

ア 知的能力の判定

知的能力の判定には、ビネー式個別知能検査を用いる。なお、知能検査の実施が困難な者については、発達検査の結果などを参考にして判定する。また、発達検査を用いても測定不能な場合は、「知的障害の程度別判定指標」を用いる。

程 度	知 能 指 数
最 重 度	おおむね 20 以下
重 度	〃 21～35
中 度	〃 36～50
軽 度	〃 51～75

（ただし、知能指数には、測定誤差があるので留意すること。）

イ 社会適応能力の判定

社会適応能力指標に定める 5 領域〔日常生活面の介助、行動面の監護、保健面の看護、意志の疎通性、作業能力（参考項目）〕それぞれの適応度を、最重度、重度、中度、軽度の 4 段階で判定する。

ウ 総合判定

上記 ア（知的能力）及び イ（社会適応能力）の程度を総合して、知的障害の程度を最重度、重度、中度、軽度のいずれかと判定する。

ただし、知能指数が 50 以下で、身体障害者福祉法に基づく障害等級が 1～3 級（障害種別は問わない）に該当する者は、中度を重度と、重度を最重度と判定する。

また、岡山県では 18 歳以上で療育手帳の交付を新規に希望する場合の判定には、発達期に知的障害があったと推測できる客観的な生育歴情報が必要であるとともに、

原則として囑託精神科医師の診察を必要としている。(平成 26 年 2 月 3 日付 知的障害者更生相談所障害者相談課長事務連絡)

(2) 障害程度の表示

最重度 及び 重 度・・・『A』
中 度 及び 軽 度・・・『B』と表示する。

(3) 再判定時期

各ケースに応じて決定されるが、原則として次のとおりと定めている。

6 歳未満 … 1 年後
12 歳未満 … 2 年後
18 歳未満 … 3 年後
18 歳以上 … 5 年後

※障害程度にほとんど変化がないと推測される 18 歳以上の者で、援護諸制度が変わった場合も専門家からの助言が得やすいと考えられる者については、次期判定年月を 10 年後や再判定不要とすることができる。(令和元年 6 月 27 日付 障第 379 号療育手帳判定要領の改正)

10 年後：手帳の障害程度が「B」と判定された者で知的障害者更生相談所において 2 回目以降の判定となる者

再判定不要：知的障害者更生相談所において手帳の障害程度が「A」と判定された者又は 50 歳以上の者

4 療育手帳の申請方法

(1) 交付対象者（岡山県療育手帳制度要綱（179頁以下「要綱」という。）第3条）

岡山県知的障害者更生相談所は、岡山県の区域（岡山市を除く）内に居住地を有する者で、児童相談所又は知的障害者更生相談所において、知的障害であると判定された者（18歳未満の知的障害児及び18歳以上の知的障害者）（以下、知的障害児も含めて「知的障害者」という。）に療育手帳（以下「手帳」という。）を交付する。

なお、手帳は療育手帳発行システムで交付される。

(2) 交付申請者及び経由市町村

知的障害者又はその保護者が、知的障害者の居住地を管轄する市町村を経由して、管轄の知的障害者更生相談所に申請する。

<年齢による運用>

- ・知的障害者本人が18歳未満の場合（障害児の場合）は、障害児の保護者が自らの居住地を管轄する市町村を経由して申請する。
- ・知的障害者本人が18歳以上の場合（障害者の場合）は、原則として、障害者本人が自らの居住地を管轄する市町村を経由して申請する。

※ 療育手帳の交付申請をする場合は、事前に、判定機関において知的障害の程度の判定を受けるよう勧奨している。

・判定機関

知的障害者本人が18歳未満の場合（障害児の場合）－児童相談所

知的障害者本人が18歳以上の場合（障害者の場合）－知的障害者更生相談所

(3) 申請に要する書類等（新規申請の場合）

ア 療育手帳交付申請書（185頁 様式第2号）

イ 本人の写真（縦4cm×横3cm）1枚

- ・サイズ厳守（パスポート・運転免許証用の規格のものは不可）
- ・上半身のもので、原則として申請日前1年以内に撮影されたもの。
- ・裏面に氏名と住所又は市町村名を記入する。
- ・氏名を記入した封筒に入れ、申請書にホッチキス又はクリップで止める。

ウ マイナンバー制度関係の本人確認書類（番号法第16条関係）

療育手帳情報のマイナンバーによる情報連携が行われるため、申請者から個人番号の提供を受けるとき本人確認措置が必要である。

・番号確認書類

「個人番号カード（マイナンバーカード）」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写」等のいずれか。

・身元確認書類

個人番号カード、運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、在留カード、その他（官公署から発行された書類で「写真」・「氏名」・「住所又は生年月日」の表示があるもの等）のいずれか。

※他の都道府県（他道府県指定都市及び療育手帳制度を実施する中核市を含む。

以下「他県」という。）又は岡山市から県内市町村に転入して、新規申請する場合は、上記以外に追加書類が必要である（170頁参照）。

(4) 各種申請書の記入留意点について

ア 氏名（ふりがな、漢字）欄

- ・氏名は、住民票に登録された氏名・漢字を記入し、必ず、ふりがなを記入する。

- ・氏名に旧字体等を用いている場合は、その旨をメモ書き等で記す。特に画数が多い漢字や新字と旧字が一見して見分けがつきにくいなどの漢字は、大きめの文字で表記する。

イ 保護者欄

申請者本人が18歳未満の場合に必ず記入する。保護者とは、親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で知的障害者を現に監護する者をいう(要綱第4条第2項第3号で規定する保護者、児童福祉法第6条で規定する保護者)。

また、保護者の電話番号は手帳に表記される。なお、申請者が18歳以上の者でも、手帳に保護者の表記を希望する場合には記入する。

ウ 個人番号

- ・マイナンバー制度による申請者本人の個人番号を記入する。
- ・申請者本人が18歳未満の児童の場合は、申請者である保護者の個人番号でなく、児童の個人番号を記入する。
- ・申請者が個人番号を把握せず記入が困難な場合に、市町村が個人番号関係事務実施者として住民基本台帳を利用して個人番号を記載することは可能である。

エ 申請年月日欄

原則として、市町村の受付年月日＝申請年月日となる。

オ 市町村の受付印

申請書の右上に押印する。「市町村の受付年月日」と「判定日」のいずれか遅い日が手帳交付日となる。

(5) 施設入所者の申請（居住地特例の場合）

知的障害者の出身世帯の居住地を管轄する市町村を経由して申請する。知的障害者が県外施設に入所している場合は、原則として、自立支援給付又は措置を行っている市町村がある都道府県（指定都市）で、申請を受付し交付を行うこととする。（ただし、個別の事情を考慮して対応することもある。）

※上記の取扱いの根拠について

- 「療育手帳制度の実施について」（厚生省児童家庭局長通知 S48.9.27 抜粋）

第四 療育手帳の交付手続

「1（中略）他の都道府県内の施設に入所している者については、当該措置をとった都道府県知事（指定都市にあっては市長とする。）が交付するよう取り扱われたい。」

- 「介護給付等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）」（厚生労働省通知最終改正 R7.3 抜粋）

第1のⅡ 居住地特例

「施設等所在地の支給決定等事務及び費用負担が過大とならないよう、居住地原則の例外として、一定の施設等（※）の入所・入居者については、入所等する前に居住地を有していた市町村を支給決定等及び給付の実施主体とする。（居住地特例）」

※特例対象施設等・・・救護施設、障害者支援施設、児童福祉施設、共同生活援助、介護保険施設、養護老人ホーム等
障害者総合支援法第19条 参照
知的障害者福祉法第9条 参照

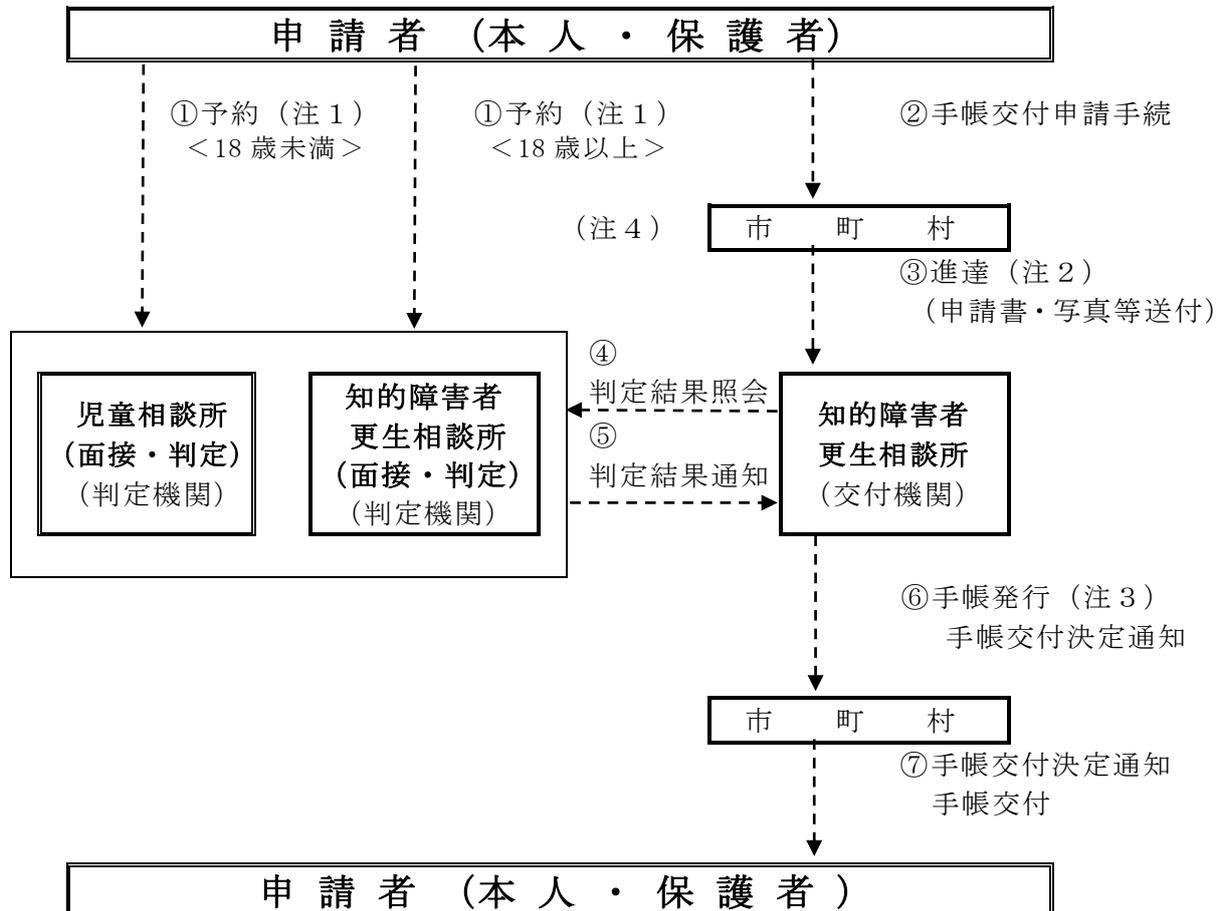
(6) 市町村から岡山県知的障害者更生相談所への進達

市町村は、上記(3)の内、「ア療育手帳交付申請書、イ写真1枚」を知更相に進達する。なお、(3)ウは受付窓口で申請者からの提示による確認なので、進達は不要。

5 療育手帳交付事務の流れ

判定から交付までのフロー図は以下のとおりである。

(1) 新規申請の場合（要綱第5、6、7条）



(注1) 申請者は事前予約の上、判定機関で判定を受ける。

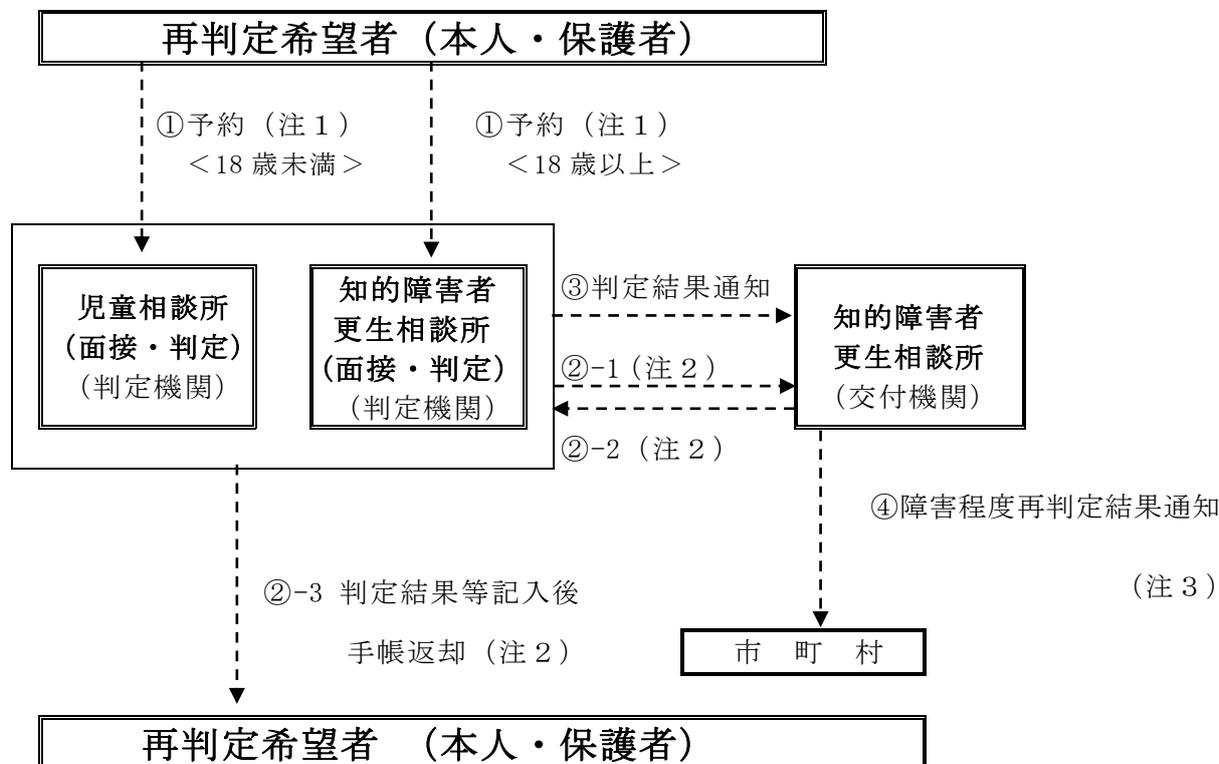
(注2) 市町村は、市町村を管轄する知的障害者更生相談所各支所に進達する。

(注3) 判定結果に基づき交付が適当と決定したときは、判定結果や再判定時期などシステム入力後、手帳を発行し、市町村あて交付通知（186頁 様式第3号）並びに交付決定通知書（187頁 様式第3-1号）及び手帳を送付する。

(注4) 18歳以上で手帳を新規に希望する場合は、発達期に知的障害があったと推測できる客観的な生育歴情報（通知表、成績証明書、元担任の証明等）が必要である。また、原則として囑託精神科医師の診察を要する。

(2) 障害程度の再判定の場合（要綱第8条）

手帳交付後も、本人の障害程度を確認するために、児童相談所又は知的障害者更生相談所で再判定を行う。



(注1) 再判定希望者は事前予約の上、手帳（身体障害との合併障害のある者は身障手帳も）を持参し判定機関で判定を受ける。

(注2) 判定機関は、手帳に判定結果（A・B）及び再判定要の場合は次期判定年月（不要の場合は再判定不要）を記入し、またA⇔Bの変更があれば交付機関が1種2種の変更を記入して、判定機関が再判定希望者に手帳を返却する。判定結果が非該当の場合は、手帳に判定結果を記入せず、再判定希望者に手帳を返還するよう指導して手帳を返却する（172頁参照）。（②-1, ②-2, ②-3）

(注3) 交付機関は、判定結果及び次期判定年月をシステム入力して、市町村に通知する（190頁様式第5号）。

6 記載事項変更、再交付申請、返還等の取扱い（要綱第9条、第10条、第11条）

手帳の交付を受けた知的障害者又はその保護者（以下「手帳所持者等」という。）は、住所氏名等の変更届出、再交付申請、手帳の返還等が必要となった場合は、要綱第5条の市町村を経由して行う。なお、住所変更の場合は、転入先の居住地の市町村に届出する。

(注) 岡山県では、原則として、手帳の本人住所欄には「居住地」を記載することとしており、一定の施設等の入所・入居者については、「居住地特例の考え方」で記載している。なお、この条項では、居住地の意味で「住所」を統一して使用している。従って、居住地特例に該当する場合は、手帳に記載する住所は、住民票上の住所ではなく、居住地特例の居住地を記入する（「身体障害者・療育手帳の交付に係る「居住地」の取扱いについて（通知）」（平成18年6月30日付障第478号各市町村

長宛岡山県保健福祉部長通知) 参照)。

(1) 記載事項の変更届出 (要綱第9条)

手帳所持者等は、次の場合は「療育手帳記載事項変更届 (191 頁 様式第6号)」により市町村経由で、知的障害者更生相談所 (以下「知更相」という。) に届け出ること。なお、岡山市から転出し県内市町村に転入した住所変更の場合に限り、個人番号を記入する。

- ・手帳の交付を受けた知的障害者の氏名又は住所等の変更
- ・保護者の氏名・住所・電話番号の変更、保護者の変更等

ア 住所の変更届出について

(7) 県内から転出し県外へ転入した場合

- ・手帳所持者等は、転入先市町村に届出すること。

都道府県等ごとに取扱いが異なる可能性があるため、転入先の市町村窓口で必要な手続きについて確認する必要がある。

県外の関係機関から、居住地変更の通知があった場合には、知更相から転出元の市町村にその旨通知する (197 頁参考様式参照)。なお、他県の新手帳が交付された場合、本県の手帳は他県で処分されるか、返却されれば知更相で処分する。

(4) 県外から転出し県内へ転入した場合 (資料3 198 頁、200 頁参照)

- ・他県で手帳を交付された者が県外から転出し、本県に転入した場合は、その手帳保持者等が本県に新規手帳交付申請を行い、本県が新手帳を交付する。なお、新手帳が交付されるまでの間は、他県で交付された手帳 (以下「他県手帳」という。) の記載事項を変更して一時的に継続使用できる (要綱第9条第4項)。

a 新手帳交付申請手続き等

(a) 交付申請書類

申請者は、転入先市町村に申請書類「療育手帳交付申請書 (185 頁 様式第2号)、写真、他県手帳、申出書 (193 頁 様式第8号)、記載事項変更届 (191 頁 様式第6号)」を提出する。

- (b) 市町村は、この申請書類を受付し、他県手帳の住所欄に変更後住所を追記した後、他県手帳の写をとり、他県手帳原本を申請者に返却する。

市町村は、申請書類「療育手帳交付申請書 (様式第2号)、写真、他県手帳写、申出書 (様式第8号)、記載事項変更届 (様式第6号)」を知更相 (交付機関) に進達する。

- (c) 知更相 (交付機関) は、県の判定機関 (児童相談所又は知更相) に申請書類「療育手帳交付申請書 (様式第2号)、他県手帳写、申出書 (様式第8号)」を送付し、判定を依頼する。

- (d) 判定機関は、他県手帳の判定機関に対し、他県手帳に係る障害程度判定資料の提供を依頼 (194 頁 様式第9号) した上で、障害程度の判定を行う (要綱第9条第5項)。ただし、再判定時期をすでに経過していた場合や書類判定が困難な場合は、資料の提供を受けた後、改めて本県の判定機関で来所判定する。判定機関は、その判定結果を知更相 (交付機関) に送付する。

- (e) 知更相 (交付機関) は、判定結果に基づき新手帳を作成し、市町村に送付する。

(f) 市町村は、申請者に新手帳を交付し、他県手帳を回収して、「返還届」により知更相（交付機関）に進達する（172 頁(3)返還届参照）。

b 参考

- ・新手帳を交付した場合、新手帳に記載する次期判定年月が、他県手帳と異なる場合がある。
- ・市町村は、転入者が本県の判定結果により手帳交付の対象外となった場合、本県は他県手帳を回収しないで、申請者に対して他県手帳を発行した県に返還するよう指導する。

c 県内市町村間で転入転出した場合

本県又は岡山市が交付した手帳は、本県内の転入先市町村において、記載事項（住所）を変更して、継続使用することができる。

(a) 転入先市町村（岡山市除く）での届出

①届出書類

転入者は、転入先の市町村に、届出書類「記載事項変更届（様式第 6 号）、手帳」を提出する。

②市町村は、この届出書類を受付し、手帳の住所欄に変更後住所を追記した後、手帳の写をとり、手帳原本を転入者に返却する。

市町村は、届出書類「記載事項変更届（様式第 6 号）、住所変更記入後の手帳写」を知更相に進達する。なお、知更相の処理は 173 頁の 6 (4)アのとおり。

(b) 県内市町村（岡山市以外）と岡山市の間での転出入の場合

○ 岡山市から転出し県内市町村へ転入した場合

転入者は、転入先の市町村に「記載事項変更届（様式第 6 号）」を提出することで、岡山市発行の手帳を継続使用できる。

ただし、転入者が本県発行の手帳の交付を希望する場合には、上記「ア(イ) 県外から転出し県内へ転入した場合」の例と同様に処理を行う。転入者は、手帳の記載事項変更届に加えて本県に新規手帳交付申請を行い（要綱第 9 条第 4 項）、知更相が新手帳を交付する。

○ 県内市町村から転出し岡山市へ転入した場合

岡山市から、知更相に居住地変更通知があった場合には、知更相から転出元の市町村に対し、その旨通知する（173 頁の 6 (4)イ、197 頁参考様式参照）。

転入者は、居住地を管轄する福祉事務所において、手帳の記載事項の変更手続きを行うことで、本県発行の現手帳を継続使用できる。ただし、転入者が岡山市発行の手帳の交付を希望する場合は、転出者が岡山市に新規手帳交付を申請し、岡山市が新手帳を交付する。

◎ 本人の氏名又は保護者の変更届出について

手帳所持者等から、本人の氏名又は保護者の氏名・住所並びに死亡に係る変更届出を受理したときは、手帳記載の変更箇所を二重線で消去し、その上に福祉事務所長印又は市町長印を押し、変更内容及びその変更年月日を記入した後、手帳原本を所持者等に返却するとともに、その変更後の手帳全面の写しを「療育手帳記載事項変更届」に添付して、知更相に進達する。

(2) 再交付申請（要綱第 10 条）

手帳所持者等は、次の場合は「療育手帳再交付申請書（197 頁 様式第 10 号）」により、手帳の再交付を申請することができる。

- ・手帳を紛失、破損等したとき。
- ・記載欄に余白がなくなったとき。
- ・貼付された写真の紛失、写真が成長等により古くなり本人確認が困難となったとき。
- ・継続使用していた岡山市発行の手帳が紛失、破損、記載欄に余白がなくなったことなどにより、県発行の手帳に変更したいとき。

◎ 再交付申請手続

ア 再交付申請書類

申請者は、再交付申請書類「療育手帳再交付申請書（様式第 10 号）、写真、現在所持している手帳（以下「旧手帳」という。ただし、紛失・破損により手帳の写しを添付できない場合は不要）、個人番号本人確認書類」を市町村へ提出する。

イ 市町村の処理

(ア) 市町村は、手帳記載事項（住所、氏名、保護者等）の変更の有無を確認した上で、変更のある場合は、「記載事項変更届（様式第 6 号）」も併せて提出させる。なお、18 歳以上の申請者で、現手帳に保護者の記載があるが、申請書に保護者の記入がない場合に、新手帳には保護者の表記がなくなることを確認する。保護者表記を希望すれば申請書に記入させる。

(イ) 市町村は、旧手帳に記載されている「次の判定年月」を確認の上、次期判定年月を経過している場合又は次期判定年月が概ね 1 か月以内に到来する場合には、申請者に対して「再判定の予約を判定機関（児童相談所又は知更相）にする」よう指導するが、この場合、手帳の再交付は再判定を受けた後になる（再交付日は再判定日となる 167 頁（4）才参照）。

(ウ) 市町村は、上記 2 点を確認した上、再交付申請書類「療育手帳再交付申請書、写真、旧手帳写（ただし、紛失・破損により旧手帳写を添付できない場合は、市町村の管理する台帳の写）」を知更相に進達する（個人番号本人確認書類は不要）。

ウ 知更相は、新手帳を発行して市町村に通知する（様式第 3 号、第 3 - 1 号）。

エ 市町村は、新手帳交付と引き換えに旧手帳を返還させ、返還させた手帳は「返還届」により知更相に進達する。

(3) 返還届（要綱第 11 条）

手帳所持者等は、以下の場合には、手帳を添付して「療育手帳返還届（198 頁 様式第 11 号）」を居住地を管轄する市町村へ提出する。

- ・再判定結果により交付対象に該当しなくなったとき。
- ・交付を受けた者が死亡したとき。
- ・その他手帳を必要としなくなったとき（再交付による返還等）。

◎ 返還手続

ア 返還書類

・手帳所持者等は、旧手帳を添付して返還届を市町村へ提出する。なお、手帳紛失のために手帳原本を返還できない場合には、返還届の余白にその旨を追記する。

- ・非該当による返還の場合は、返還理由欄の「交付対象に該当しなくなった」を○で囲み、その理由を追記する。
- ・本人死亡による返還の場合は、保護者・親族等が返還届出者となり、返還理由欄の「死亡」を○で囲み、死亡年月日を記入する。
- ・再交付に伴う旧手帳又は新規手帳交付に伴う他県手帳若しくは岡山市発行手帳による返還の場合は、返還理由欄の「その他療育手帳を必要としなくなった」を○で囲み、横に「再交付（新規交付）による返還」と追記し、旧手帳等を添付して市町村に提出する。
- ・その他何らかの理由で手帳が不要となった場合は、返還理由欄の「その他療育手帳を必要としなくなった」を○で囲み、その理由を追記する。

イ 市町村の処理

市町村は、返還書類「療育手帳返還届（様式第 11 号）、旧手帳（他県手帳、岡山市発行手帳含む）」を知更相に進達する。

なお、「療育手帳返還届」が提出されず手帳のみ返還された場合は、返還理由と返還日を明記した進達書に、旧手帳を添付して知更相に送付する。

(4) 居住地変更に係る知更相の処理

ア 県内市町村間の異動又は他県・岡山市からの転入の場合（要綱第 9 条）

県内市町村間の異動又は他県若しくは岡山市から転出し県内市町村（岡山市を除く）への転入により、転入先市町村から「記載事項変更届（様式第 6 号）」が知更相に進達された場合には、知更相は、転出元の自治体（県内市町村、他県又は岡山市*）に対し、「療育手帳交付者居住地変更通知書（192 頁 様式第 7 号）」を送付する。この場合、知更相から転出元自治体に対し、知的障害者指導台帳（要綱第 12 条第 4 項）の転入先市町村への送付依頼は行わないことに留意する（身障手帳交付者の転入に伴う更生指導台帳の取扱いとは異なる。）。

なお、各知更相同一管轄内における市町村間での住所変更の場合には、当該市町村間で直接情報交換することとしており、知更相から「療育手帳交付者居住地変更通知書（様式第 7 号）」を送付しないこととしている。

また、各知更相同一管轄外における市町村間の住所変更の場合は、転入先市町村から変更届を受けた知更相が、システムに住所変更の入力を行い（移管換）、電話又はメールで管轄外となった知更相担当にその旨連絡する。

* 岡山市へは管轄の福祉事務所でなく障害者更生相談所に送付する。

イ 他県又は岡山市への転入の場合

県内市町村（岡山市を除く）から転出し、他県又は岡山市への転入により、他県又は岡山市*から転入した旨の通知が知更相にあった場合は、知更相は、転出元の市町村あてに、その通知の写しを添付して、「知的障害者居住地変更について」（197 頁参考様式）を送付する。

* 岡山市からは管轄の福祉事務所でなく障害者更生相談所から送付される。

資 料

〔資料1〕 知的障害者更生相談所業務関連法令集（抜粋）

- 1 知的障害者福祉法
- 2 知的障害者福祉法施行令
- 3 児童福祉法
- 4 障害者総合支援法

〔資料2〕 療育手帳に関する県要綱、様式

〔資料3〕 転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項

- 1 厚生省児童家庭局障害福祉課長通知
- 2 岡山県の取扱い

〔資料4〕 各種参考様式

- 1 同意書（参考）
- 2 障害者総合支援法事務に係る意見依頼書、意見書（参考）

[資料 1] 知的障害者更生相談所業務関連法令集（抜粋）

1 知的障害者福祉法

（更生援護の実施者）

第 9 条 この法律に定める知的障害者又はその介護を行う者に対する市町村（特別区を含む。以下同じ。）による更生援護は、その知的障害者の居住地の市町村が行うものとする。ただし、知的障害者が居住地を有しないか、又は明らかでない者であるときは、その知的障害者の現在地の市町村が行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、… [中略] …介護給付費等… [中略] …の支給を受けて、… [中略] …入所している知的障害者… [中略] …については、その者が… [中略] …入所前に有した居住地… [中略] …の市町村が、この法律に定める更生援護を行うものとする。[略]

5 市町村は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。

- 一 知的障害者の福祉に関し、必要な実情の把握に努めること。
- 二 知的障害者の福祉に関し、必要な情報の提供を行うこと。
- 三 知的障害者の福祉に関する相談に応じ、必要な調査及び指導を行うこと並びにこれらに付随する業務を行うこと。

6 その設置する福祉事務所（社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）に定める福祉に関する事務所をいう。以下同じ。）に知的障害者の福祉に関する事務をつかさどる職員（以下「知的障害者福祉司」という。）を置いていない市町村の長及び福祉事務所を設置していない町村の長は、前項第 3 号に掲げる事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするもの（次条第 2 項及び第 3 項において「専門的相談指導」という。）であって 18 歳以上の知的障害者に係るものについては、知的障害者の更生援護に関する相談所（以下「知的障害者更生相談所」という。）の技術的援助及び助言を求めなければならない。

7 市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）は、18 歳以上の知的障害者につき第 5 項第 3 号の業務を行うに当たって、特に医学的、心理学的及び職能的判定を必要とする場合には、知的障害者更生相談所の判定を求めなければならない。

（連絡調整等の実施者）

第 11 条 都道府県は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。

- 一 市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこと並びにこれらに付随する業務を行うこと。
- 二 知的障害者の福祉に関し、次に掲げる業務を行うこと。
 - イ 各市町村の区域を超えた広域的な見地から、実情の把握に努めること。
 - ロ 知的障害者に関する相談及び指導のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。
 - ハ 18 歳以上の知的障害者の医学的、心理学的及び職能的判定を行うこと。

2 都道府県は、前項第 2 号ロに規定する相談及び指導のうち主として居宅において日常生活を営む知的障害者及びその介護を行う者に係るものについては、これを障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 条第 16 項に規定する一般相談支援事業又は特定相談支援事業を行う当該都道府県以外の者に委託することができる。

（知的障害者更生相談所）

第 12 条 都道府県は、知的障害者更生相談所を設けなければならない。

2 知的障害者更生相談所は、知的障害者の福祉に関し、主として前条第 1 項第 1 号に掲

げる業務（第 16 条第 1 項第 2 号の措置に係るものに限る。）並びに前条第 1 項第 2 号ロ及びハに掲げる業務並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 22 条第 2 項及び第 3 項、第 26 条第 1 項、第 51 条の七第 2 項及び第 3 項並びに第 51 条の 11 に規定する業務を行うものとする。

- 3 知的障害者更生相談所は、必要に応じ、巡回して、前項の業務を行うことができる。
- 4 前 3 項に定めるもののほか、知的障害者更生相談所に関し必要な事項は、政令で定める。

（知的障害者福祉司）

第 13 条 都道府県は、その設置する知的障害者更生相談所に、知的障害者福祉司を置かなければならない。

- 3 都道府県の知的障害者福祉司は、知的障害者更生相談所の長の命を受けて、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第 11 条第 1 項第 1 号に掲げる業務のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。

- 二 知的障害者の福祉に関し、第 11 条第 1 項第 2 号ロに掲げる業務を行うこと。

- 5 市の知的障害者福祉司は、第 10 条第 2 項の規定により技術的援助及び助言を求められたときは、これに協力しなければならない。この場合において、特に専門的な知識及び技術が必要であると認めるときは、知的障害者更生相談所に当該技術的援助及び助言を求めるよう助言しなければならない。

（障害者支援施設等への入所等の措置）

第 16 条 市町村は、18 歳以上の知的障害者につき、その福祉を図るため、必要に応じ、次の措置を採らなければならない。

- 二 やむを得ない事由により介護給付費等（療養介護等に係るものに限る。）の支給を受けることが著しく困難であると認めるときは、当該市町村の設置する障害者支援施設若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 条第 6 項の厚生労働省令で定める施設（以下「障害者支援施設等」という。）に入所させてその更生援護を行い、又は都道府県若しくは他の市町村若しくは社会福祉法人の設置する知的障害者更生施設等…〔中略〕…に入所させてその更生援護を行うことを委託すること。

附 則

（更生援護の特例）

- 3 児童福祉法第 63 条の 3 の規定による通知に係る児童は、第 9 条から第 11 条まで、第 13 条、第 15 条の 4、第 16 条（第 1 項第 2 号に限る。）及び第 22 条から第 27 条までの規定の適用については、18 歳以上の知的障害者とみなす。

2 知的障害者福祉法施行令

(判定書の交付)

第1条 知的障害者更生相談所（知的障害者福祉法（以下「法」という。）第九条第五項に規定する知的障害者更生相談所をいう。以下この条において同じ。）の長は、当該知的障害者更生相談所が法第十一条第一項第二号ハに規定する業務を行った場合において、当該知的障害者若しくはその保護者、市町村の設置する福祉事務所（社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）に定める福祉に関する事務所をいう。以下この条において同じ。）の長又は町村長（福祉事務所を設置する町村の長を除く。）から求めがあつたときその他必要があると認めるときは、知的障害者の福祉を図るために必要な事項を記載した判定書を交付しなければならない。

3 児童福祉法

(児童)

第4条 この法律で、児童とは、満18歳に満たない者をいい、児童を左のように分ける。
(以下略)

2 この法律で、障害児とは、身体に障害のある児童、知的障害のある児童、精神に障害のある児童（発達障害者支援法（平成十六年法律第百六十七号）第2条第2項に規定する発達障害児を含む。）…〔中略〕…をいう。

(保護者)

第6条 この法律で、保護者とは、…〔中略〕…、親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護する者をいう。

(都道府県の業務)

第11条 都道府県は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。

- 一 前条第1項各号に掲げる市町村の業務の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供、市町村職員の研修その他必要な援助を行うこと及びこれらに付随する業務を行うこと。
- 二 児童及び妊産婦の福祉に関し、主として次に掲げる業務を行うこと。
 - イ 各市町村の区域を超えた広域的な見地から、実情の把握に努めること。
 - ロ 児童に関する家庭その他からの相談のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものに応ずること。
 - ハ 児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと。
 - ニ 児童及びその保護者につき、ハの調査又は判定に基づいて必要な指導を行うこと。
 - ホ 児童の一時保護を行うこと。

(児童相談所)

第12条 都道府県は、児童相談所を設置しなければならない。

2 児童相談所は、児童の福祉に関し、主として前条第1項第1号に掲げる業務（市町村職員の研修を除く。）及び同項第2号ロからホまでに掲げる業務並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条第2項及び第3項並びに第26条第1項に規定する業務を行うものとする。

(児童相談所長の市町村の長への通知)

第63条の3 児童相談所長は、当分の間、第26条第1項に規定する児童のうち15歳以上の者について、障害者支援施設に入所すること又は障害福祉サービスを利用することが適当であると認めるときは、その旨を知的障害者福祉法第9条又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第19条第2項若しくは第3項に規定する市町村の長に通知することができる。

4 障害者総合支援法

(定義)

第 4 条 この法律において「障害者」とは、身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち 18 歳以上である者… [中略] …をいう。

2 この法律において「障害児」とは、児童福祉法第 4 条第 2 項に規定する障害児をいう。

3 この法律において「保護者」とは、児童福祉法第 6 条に規定する保護者をいう。

(自立支援給付)

第 6 条 自立支援給付は、介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、… [中略] …補装具費及び高額障害福祉サービス等給付費の支給とする。

(介護給付費等の支給決定)

第 19 条 介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費又は特例訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、市町村の介護給付費等を支給する旨の決定（以下「支給決定」という。）を受けなければならない。

2 支給決定は、障害者又は障害児の保護者の居住地の市町村が行うものとする。（以下略）

3 前項の規定にかかわらず、… [中略] …介護給付費等の支給を受けて… [中略] …入所措置が採られて障害者支援施設、のぞみ園… [中略] …に入所している障害者… [中略] …救護施設… [中略] …更生施設… [中略] …に入所している障害者、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設… [中略] …に入居し、又は同条第 25 項に規定する介護保険施設… [中略] …に入所している障害者及び老人福祉法第 11 条第 1 項第 1 号の規定により入所措置が採られて同法第 20 条の 4 に規定する養護老人ホーム… [中略] …に入所している障害者… [中略] …については、その者が障害者支援施設、のぞみの園… [中略] …、救護施設、更生施設若しくはその他の適当な施設、介護保険特定施設若しくは介護保険施設又は養護老人ホーム（以下「特定施設」という。）への入所又は入居の前に有した居住地… [中略] …の市町村が、支給決定を行うものとする。（以下略）

(申請)

第 20 条 支給決定を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、市町村に申請をしなければならない。（以下略）

(支給要否決定等)

第 22 条 市町村は、第 20 条第 1 項の申請に係る障害者等の障害支援区分、当該障害者等の介護を行う者の状況、当該障害者等の置かれている環境、当該申請に係る障害者等又は障害児の障害福祉サービス利用に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を勘案して介護給付費等の支給の要否の決定… [中略] …を行うものとする。

2 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、… [中略] …知的障害者更生相談所… [中略] …（以下「身体障害者更生相談所等」と総称する。）その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。

3 市町村審査会、身体障害者更生相談所等又は前項の厚生労働省令で定める機関は、同項の意見を述べるに当たって必要があると認めるときは、当該支給要否決定に係る障害者等、その家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。（以下略）

(都道府県による援助等)

第 26 条 都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村が行う第 19 条から第 22 条まで、第 24 条及び前条の規定による業務に関し、その設置する身体障害者更生相談所等による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。

〔資料 2〕療育手帳に関する県要綱、様式

【要綱】	岡山県療育手帳制度要綱
【様式第 1 号】	療育手帳の様式
【様式第 2 号】	療育手帳交付申請書
【様式第 3 号】	療育手帳の（再）交付について（通知）
【様式第 3 - 1 号】	療育手帳（再）交付決定通知書
【様式第 4 号】	療育手帳交付申請の却下について
【様式第 4 - 1 号】	療育手帳交付申請却下決定通知書
【様式第 5 号】	療育手帳再判定結果について（通知）
【様式第 6 号】	療育手帳記載事項変更届
【様式第 7 号】	療育手帳交付者居住地変更通知書
【様式第 8 号】	申出書
【様式第 9 号】	転居に伴う療育手帳の交付にかかる判定資料の提供について（依頼）
【様式第 10 号】	療育手帳再交付申請書
【様式第 11 号】	療育手帳返還届
【参 考 様 式】	知的障害者居住地変更について

岡山県療育手帳制度要綱

(目的)

第1条 この制度は、知的障害児及び知的障害者（以下「知的障害者」という。）に対して一貫した指導、相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害者に手帳を交付し、もって知的障害者の福祉の増進に資することを目的とする。

(実施主体)

第2条 この制度は、県が市町村その他の関係機関の協力を得て実施する。

(交付対象者)

第3条 手帳は、県の区域（岡山市の区域を除く。以下同じ。）内に居住地を有する者で、児童相談所又は知的障害者更生相談所（以下「児童相談所等」という。）において知的障害と判定された者に対して、知的障害者更生相談所長（以下「所長」という。）が交付する。

(手帳の名称及び記載事項等)

第4条 手帳の名称は、「療育手帳」とする。

2 療育手帳の主な記載事項は、次のとおりとする。

一 知的障害者の氏名、生年月日、性別及び住所

二 障害の程度

障害の程度は、次のア又はイの基準により、重度とその他に区分し、重度は「A」、その他は「B」と表記するものとする。

ア 重度

(ア) 18才未満の者においては、平成24年8月20日障発0820第3号（「重度障害児支援加算費について」）の2対象となる措置児童等についての(1)又(2)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のものとする。

(イ) 18才以上の者においては、昭和43年7月3日厚生省児発第422号児童家庭局長通知（「重度知的障害者収容棟の設備及び運営について」）の1の(1)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のものとする。

イ その他

アに該当するもの以外の程度のものとする。

三 保護者（親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で知的障害者を現に監護する者をいう。以下同じ。）の氏名、本人との関係及び住所

四 相談、支援等の記録

3 療育手帳の様式は、様式第1号のとおりとする。

(療育手帳の交付申請)

第5条 療育手帳の交付申請は、知的障害者又はその保護者（第7条及び第9条において「申請者」という。）が、療育手帳交付申請書（様式第2号。次条及び第9条第4項において「申請書」という。）に個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番

号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 2 条第 5 項に規定する個人番号をいう。以下同じ。）を記載したうえで、写真を添えて、知的障害者の居住地を管轄する福祉事務所（福祉事務所を設置しない町村にあっては、当該町村とする。以下「経由機関」という。）を経由して所長に対して行うものとする。

（障害程度の判定）

- 第 6 条 所長は、判定する障害の程度が、18 才未満の知的障害者にかかるものであるときは、知的障害者の居住地を管轄する児童相談所長に判定結果を申請書に記入の上、回答するよう書面で依頼するものとする。
- 2 前項に規定する判定を行った児童相談所長は、その結果を申請書に記入し、書面で所長に回答するものとする。
- 3 前項に規定する判定結果の送付にあたり、児童相談所等以外の機関において、特別児童扶養手当又は障害基礎年金の受給資格の認定を受けている者については、児童相談所等の長がその認定状況を参考にし、申請書に必要事項を記入できるものとする。

（療育手帳の交付等）

- 第 7 条 所長は、前条に規定する判定結果に基づき療育手帳の交付が適当であると決定したときは、療育手帳の（再）交付について（通知）（様式第 3 号）及び療育手帳（再）交付決定通知書（様式第 3-1 号）に療育手帳を添えて、療育手帳の交付が適当でないと決定したときは、療育手帳交付申請の却下について（様式第 4 号）及び療育手帳交付申請却下決定通知書（様式第 4-1 号）により、経由機関を経由して、それぞれ申請者に通知するものとする。
- 2 所長は、前項の規定により療育手帳を交付するにあたり、障害程度にかかる次期判定年月を定める場合には、前項に規定する通知中にその旨を表記するものとする。

（療育手帳交付後の障害程度の再判定）

- 第 8 条 療育手帳の交付を受けた知的障害者又はその保護者（以下「手帳所持者等」という。）は、療育手帳判定要領（昭和 59 年 2 月 23 日付け更第 2044 号岡山県民生労働部更生福祉課長通知）に定める次期判定年月にかかる障害程度の再判定を受けようとする場合には、知的障害者の居住地を管轄する児童相談所等の長に申し出るものとする。
- 2 児童相談所等の長は、前項に規定する再判定を行ったときは、療育手帳の判定の記録欄に必要事項を記入し、これを手帳所持者等に返付するとともに、再判定を受けた者の年齢が、18 才未満であるときは、児童相談所長は、判定結果を所長に通知するものとする。
- 3 所長は、前項に規定する判定結果に基づき、障害程度の再判定結果を療育手帳再判定結果について（通知）（様式第 5 号）により経由機関に通知するものとする。

（記載事項の変更届出等）

- 第 9 条 手帳所持者等は、次の事項に変更があったときは、療育手帳記載事項変更届（様式第 6 号）に療育手帳を添えて、経由機関を経由して所長に届け出るものとする。
- 一 療育手帳の交付を受けた知的障害者の氏名又は住所
- 二 保護者又は保護者の氏名若しくは住所
- 2 経由機関の長は、前項に規定する届出に基づき療育手帳の記載事項を変更し、これを返付するとともに、前項に規定する届出書を所長に進達するものとする。
- 3 所長は、第 1 項に規定する届出が療育手帳の交付を受けた知的障害者の住所の変更に

係るものであるときは、次の各号に定める場合に応じて、療育手帳交付者居住地変更通知書（様式第7号）により、次の各号に定める者に通知するものとする。

- 一 他の都道府県（他道府県政令指定都市及び療育手帳制度を実施する中核市を含む。以下同じ。）又は岡山市の区域から転入した場合
旧住所地を管轄する都道府県知事（他道府県の政令指定都市及び療育手帳制度を実施する中核市にあつては市長とする。以下同じ。）又は岡山市長
 - 二 岡山市を除く県内市町村間で異動した場合
旧住所地を管轄する福祉事務所の長
- 4 所長は、第1項に規定する届出が前項第1号に該当する場合には、第1項に規定する届出に代えて、第5条に規定する申請書の提出を求め、同条及び第6条に準じて新たな療育手帳を交付するものとする。ただし、手帳所持者等が希望し、岡山市が交付した療育手帳を引き続き使用する場合にはこの限りではない。なお、新たな療育手帳を交付するまでの間は、現に所持している療育手帳の記載事項を変更したうえで、これを手帳所持者等に返付し使用させるものとする。
- 5 前項の規定により第5条に規定する申請があつた場合で、申請者から旧住所地を管轄する都道府県又は岡山市での障害程度の判定資料を活用して判定するよう申出書（様式第8号）の提出があつた場合には、児童相談所等の長は、該当の都道府県知事又は岡山市長に対して、転居に伴う療育手帳の交付にかかる判定資料の提供について（依頼）（様式第9号）により障害程度の判定資料の提供を依頼したうえで、障害程度の判定を行うものとする。
- 6 児童相談所長は、第4項及び前項の規定により行った障害程度の判定結果について、第6条第2項の規定に準じて所長に送付するものとする。

（療育手帳の再交付）

第10条 手帳所持者等は、療育手帳を紛失したとき、記載欄に余白がなくなつたとき、又はその他の理由で療育手帳の再交付が必要となつたときは、療育手帳再交付申請書（様式第10号）により、経由機関を経由して所長に申請するものとする。この場合において、再交付の申請は、一に掲げる事項を申請書に記載し、行うものとする。

ただし、療育手帳の記載欄に余白がなくなつたとき、又はその他の理由等に係る再交付の申請にあつては、一アに掲げる事項を申請書に記載し、当該療育手帳を添えて行うものとする。

また、療育手帳を紛失した場合に係る再交付の申請にあつては、二に掲げる書類を提示するときに限り、一アに掲げる事項を申請書に記載し行うものとする。

一 申請書に記載すべき事項

ア 当該申請に係る知的障害者の氏名、生年月日、住所又は保護者の氏名、生年月日、本人との続柄、住所

イ 当該申請に係る知的障害者の個人番号

二 当該申請に係る知的障害者の氏名及び生年月日又は住所（以下この号において「個人識別事項」という。）が記載された書類であつて、次に掲げるもののいずれかに該当するもの

ア 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第7項に規定する個人番号カード又は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行規則（平成26年内閣府・総務省令第3号）第1条第1項第1号に掲げる書類（療育手帳を除く。）

イ アに掲げるもののほか、官公署から発行され、又は発給された書類その他これに

類する書類であって、写真の表示その他の当該書類に施された措置によって、当該申請に係る知的障害者が当該書類に記載された個人識別事項により識別される特定の個人と同一の者であることを確認することができるものとして所長が適当と認めるもの

ウ ア及びイに掲げるもののほか、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行規則第2条第3項第1号に掲げる書類（健康保険日雇特例被保険者手帳にあつては健康保険印紙を貼り付けるべき余白があるものに限る、国家公務員共済組合及び地方公務員共済組合の組合員証並びに私立学校教職員共済制度の加入者証にあつては被扶養者証を含む。）又は官公署から発行され、若しくは発給された書類その他これに類する書類であつて所長が適当と認めるもののうち2以上の書類

- 2 所長は、前項の規定による申請に対する処理を第7条に準じて行うものとする。
- 3 療育手帳の交付を受けた者は、療育手帳の再交付を受けた後、紛失した手帳を発見したときは、速やかにこれを所長に返還しなければならない。

（療育手帳の返還）

第11条 手帳所持者等は、療育手帳の交付を受けた者が交付対象に該当しなくなったとき、死亡したとき又はその他療育手帳を必要としなくなったときは、これを療育手帳返還届（様式第11号）に添えて、経由機関を経由して所長に返還するものとする。

（療育手帳交付台帳の記載事項等）

第12条 所長は、療育手帳の交付を受けた者について次の事項を記載した療育手帳交付台帳を備えるものとする。

- 一 療育手帳交付番号及び療育手帳交付年月日
- 二 療育手帳の交付を受けた者の氏名、住所、生年月日及び性別
- 三 療育手帳の交付を受けた者の障害の程度
- 四 療育手帳の交付を受けた者の保護者の氏名
- 五 療育手帳再交付の年月日及び理由

- 2 所長は、療育手帳の交付を受けた者が他の都道府県又は岡山市の区域に住所を移したとき又は療育手帳の返還があつたときは、当該療育手帳に関する事項を療育手帳交付台帳の保管データとして管理するものとする。
- 3 児童相談所等の長は、療育手帳に関する必要な事項を児童記録票又は知的障害者相談記録票に記録するものとする。
- 4 福祉事務所の長は、療育手帳の交付に関する必要な事項を記載した台帳を備えるものとする。

附 則

この要綱は、昭和49年1月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、昭和56年4月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の要綱の規定により行われた取扱いについては、改正後の要綱の規定により行われたものとみなす。

附 則

- 1 この要綱は、昭和 59 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正前の要綱に規定する様式による用紙のうち、この要綱適用の際、現に保有する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 11 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成 13 年 3 月 26 日から施行する。
- 2 改正前の要綱に規定する様式による用紙のうち、この要綱適用の際、現に保有する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正前の要綱に規定する様式による用紙のうち、この要綱適用の際、現に保有する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行日以降、当分の間、岡山市が交付した療育手帳を所持している者が県の区域に転入し引き続きその手帳を使用する場合には、当該転入者は、県の療育手帳制度要綱による療育手帳の交付を受けている者とみなす。
- 3 改正前の要綱に規定する様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 12 月 5 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年 9 月 18 日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正前の要綱に規定する様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(様式第1号)

療育手帳		第 号	
氏名		写真	
岡山県	ねん年	ががつ月	にち日
	ねん年	ががつ月	にち日
		こう交付	ふ交付
		さい再	さい再

相談の記録		
年月日	事項	取扱機関

本人	生年月日	
	性別	
保護者等	住所	
	氏名	
	本人との関係	
	住所	
	電話	

相談の記録		
年月日	事項	取扱機関

障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		
障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		

備考欄

障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		
障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		

証明子備欄

障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		
障害の程度	合併障害	
	(身体障害 級)	
判定年月日		
次の判定年月		
判定機関		

優遇減免等証明欄	
(有料道路)	(旅客鉄道株式会社旅客運賃減額) 第一種・第二種
	(自動車諸税等証明)

(様式第2号)

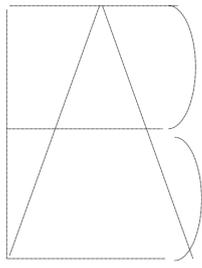
療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

申請者

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな		生年	S・H・R	性別	男・女
	氏名		月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - -)				
保護者	個人番号					
	ふりがな		生年	S・H	続柄	
	氏名		月日	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - -)				
参考事項	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい、 いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月)					
	2 施設等に入所していますか。 はい、 いいえ はいの場合 (施設等の名称)					
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい、 いいえ					
※ 判 定 の 記 録						
障害の程度	(総合判定)	合併障害	判定年月日			
			次の判定年月			
			判定機関			
			(身体障害 級)			

(様式第3号)

番 号
令和 年 月 日

〇〇市(町村)福祉事務所長 殿
〇〇町(村)長 殿

岡山県知的障害者更生相談所長

療育手帳の(再)交付について(通知)

先に申請のあった下記の者について、療育手帳を(再)交付しますので、申請者にお渡し
し願います。

なお、療育手帳に「次の判定年月」が記載されている方は、児童相談所又は知的障害者
更生相談所の判定を受けるよう指導方よろしく願います。

記

保護者氏名	本人氏名		本人住所
手帳番号	障害程度	交付年月日	備考

(様式第4号)

番 号
令和 年 月 日

〇〇市(町村)福祉事務所長 殿
〇〇町(村)長 殿

岡山県知的障害者更生相談所長

療育手帳交付申請の却下について

先に貴職から進達された岡山県療育手帳制度要綱による療育手帳の交付申請について、別紙のとおり却下とすることに決定したので、別添通知書を申請者に交付願います。

担当課
担 当
連絡先

(様式第 4 - 1 号)

療育手帳交付申請却下決定通知書

番 号
令和 年 月 日

殿

岡山県知的障害者更生相談所長

令和 年 月 日に申請された岡山県療育手帳制度要綱による療育手帳の交付申請について、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

- ・ 本人氏名
- ・ 却下理由

(教示)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、岡山県知事に対して審査請求をし、若しくは同日から起算して6月以内に、岡山県を被告としてこの決定の取消しの訴えを提起し、又はこれらのいずれについても行うことができます。

(様式第 5 号)

番 号
令和 年 月 日

〇〇市（町村）福祉事務所長 殿
〇 〇 町 （村） 長 殿

岡山県知的障害者更生相談所長

療育手帳再判定結果について（通知）

このことについて、岡山県療育手帳制度要綱第 8 条第 3 項により、貴管内の療育手帳交付者の障害程度の再判定結果について判定機関から報告がありましたので、下記のとおり通知します。

記

療育手帳交付者名	交付番号	住 所	
	交付年月日		
障害の程度	障害程度再判定年月日	次期判定年月	判定内容

(様式第6号)

療育手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

本人又は保護者

住 所

氏 名

令和 年 月 日に次のとおり変更しましたので、届け出ます。

本人記載事項	氏名	新	(ふりがな)										
		旧	(ふりがな)										
	住所	新	〒	(電話 - -)									
		旧											
	個人番号												
保護者記載事項	氏名	新	(ふりがな)	続柄									
		旧	(ふりがな)										
	住所	新	〒	(電話 - -)									
		旧											
療育手帳の記載内容													
本人氏名					生年月日								
手帳番号					交付年月日								
障害の程度					次の判定年月								

- (注) 1 療育手帳の写しを添えて提出して下さい。
2 「個人番号」は、岡山市から住所変更した場合に限り記入して下さい。
3 「療育手帳の記載内容」の欄はお持ちの療育手帳から転記して下さい。

(様式第7号)

療育手帳交付者居住地変更通知書

番 号
令和 年 月 日

〇〇知事（政令市長） 殿
岡山市障害者更生相談所長 殿
〇〇市（町村）福祉事務所長 殿
〇〇町（村）長 殿

岡山県知的障害者更生相談所長

下記の者から令和 年 月 日付で住所を変更した旨の届出があり、これを受
理したので通知します。

記

氏 名	生年月日
新 住 所	旧 住 所

手帳番号		交付年月日	
障害の程度			

処 理 事 項	処 理 年 月 日	担 当 者 印
療育手帳交付台帳記載済		
管轄福祉事務所連絡済		

(様式第8号)

申 出 書

過去において、療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して、判定を行ってください。

判定を受けた者 _____

生年月日 S・H・R _____ 年 月 日

療育手帳番号 _____

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

岡山県 () 児童相談所長 殿

申出者氏名 _____

(判定を受けた者との続柄 _____)

(注) 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一で、手帳の交付を受けようとする本人または保護者の方となります。

記名・押印にかえて、署名することができます。

※ 保護者とは、知的障害者福祉法第15条の2第1項によるもの

(様式第9号)

番 号
令和 年 月 日

殿

岡山県知的障害者更生相談所長
岡山県〇〇児童相談所長

転居に伴う療育手帳の交付にかかる判定資料の提供について（依頼）

下記の者について、別添写しのとおり申出書の提出があり、貴（判定機関名）の判定資料を活用して判定を行いたいので、提供方依頼します。

記

- ・氏 名
- ・生年月日
- ・旧 住 所
- ・現 住 所

(様式第10号)

療育手帳再交付申請書

本人	ふりがな		生年 月日	S・H・R 年 月 日	性別	男・女
	氏名					
	住所	〒 (電話 - -)				
個人番号						
保護者	ふりがな		生年 月日	S・H 年 月 日	続柄	
	氏名					
	住所	〒 (電話 - -)				
令和 年 月 日						
岡山県知的障害者更生相談所長 殿						
(申請理由)						
療育手帳を紛失したので 療育手帳を破損し使用に耐えないので 私の 療育手帳の記載欄に余白がなくなったので 療育手帳の写真が成長などにより古くなったので 岡山市発行の療育手帳を岡山県が発行する手帳に変更したいため その他 (具体的に)						
(注) 1 療育手帳を所持している場合は、療育手帳の写しを添えて提出して下さい。						
2 申請理由は該当するものを○で囲んで下さい。						
3 現在お持ちの療育手帳は新しい手帳と引換えに返還すること。						
旧手帳番号 第 号 (年 月 日交付)						

(様式第 1 1 号)

療 育 手 帳 返 還 届

令和 年 月 日

(届出者) 住 所

氏 名

本人との続柄 ()

下記のとおり療育手帳を返還いたします。

記

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

本 人 住 所

氏 名

手帳番号 第 号

交 付 日 年 月 日

障害程度

返還理由 交付対象に該当しなくなった ()
死亡 死亡年月日 (令和 年 月 日)
その他療育手帳を必要としなくなった ()

第 号
令和 年 月 日

上記のとおり療育手帳が返還されたので進達する。

町 村 長
福祉事務所長

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

(添付書類) 療育手帳

(参考様式)

福相障第 号
令和 年 月 日

<転出先(元)県内市町村>

〇〇市(町村)福祉事務所長 殿
〇〇町(村) 長 殿

岡山県知的障害者更生相談所長

知的障害者居住地変更について

このことについて、別添(写)のとおり居住地を変更した旨の通知があったので、送付します。

記

- 1 氏 名
- 2 転出前住所
- 3 転出後住所
- 4 手帳番号 岡山県 第 号
交付日 令和 年 月 日
障害程度

※ 3の転出後住所は、岡山市の住所又は他県のみを記載する。

[資料3] 転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項

1 厚生省児童家庭局障害福祉課長通知

児 障 第 4 2 号
平成 5 年 6 月 2 2 日

都道府県
各 民生主管部（局）長 殿
指定都市

厚生省児童家庭局障害福祉課長

転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について

標記については、昭和 4 8 年 9 月 2 7 日厚生省発児第 1 5 6 号厚生事務次官通知「療育手帳制度について」により通知され、その具体的取扱いについては昭和 4 8 年 9 月 2 7 日児発第 7 2 5 号厚生省児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」により通知されているところであるが、別添の総務庁行政監察局長のあっせん内容も踏まえ、今般、知的障害児（者）及びその保護者の負担の軽減と療育手帳の一層の利活用を図るため、下記により取り扱うこととしたので御了知の上、必要な事務手続きの見直しを行うとともに、関係機関に周知徹底を図り、円滑な実施を期されたい。

記

1. 転居の場合における療育手帳の継続使用の徹底について

昭和 4 8 年 9 月 2 7 日児発第 7 2 5 号厚生省児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」において、他の都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）の区域に住所を移した場合、同一都道府県内における住所変更の取扱いと同様に、新住所地の都道府県等において、手帳の記載事項の訂正により使用することを原則としている。

これは、知的障害児（者）又は保護者の精神的、物理的負担を避けること、及びできるだけ従来使用してきたものを使用することで、事業主体である都道府県等が変わった場合であっても、一貫性のある指導・相談等を行うことを可能にするとの趣旨からであるが、実際にはこの取扱いが徹底されておらず、一律に新規発行を行う例が多く見られる。

ついては、継続使用の趣旨を踏まえ、従前の手帳を支障なく使用できる場合は、その継続使用を行うものである旨を徹底されたいこと。

2. 転居の場合における療育手帳の新規発行について

新住所地の都道府県等における独自の援助措置の基準として、中度等の区分を設けており、旧住所地の療育手帳をそのまま使用することが困難で、やむを得ず新規に発行する場合には、障害をもつ本人等の負担の軽減、一貫した指導・相談等の観点から、次の措置を行うことで、運用の改善を図らねたいこと。

- (1) 知的障害児（者）又はその保護者が、旧住所地の児童相談所又は知的障害者更生相談所における判定資料の活用を申し出た場合には、可能な限り、新住所地の都道府県は、旧住所地の都道府県等の判定資料を活用し、原則として新たに面接を行うことなく療育手帳を交付すること。

判定資料の照会が行われた場合は、趣旨を踏まえ、プライバシーに十分留意して、判定資料の提供を行うこと。

なお、判定資料の活用にあたっての手続きについては、別紙様式を参考とし、書面により行うこと

- (2) 新たに療育手帳を交付する場合にあつては、その交付までの間、交通機関の運賃割引等の利用に不便のないよう、経過的に旧住所地の療育手帳の使用を認め、新たな療育手帳の交付と引き替えに回収する等の配慮を行うこと。
- (3) 旧住所地の療育手帳の記録欄に記された事項のうち必要なものは、コピー等を利用して新規の療育手帳に転記することにより、利用者の一貫した指導・相談等に支障を生じないように配慮すること。

2 岡山県の取扱い

他県又は他県指定都市から岡山県への転入者に対する療育手帳交付の取扱いについては、療育手帳交付申請により「新規」に療育手帳を発行するものとする。

ただし、平成5年6月22日付け、児障第42号厚生省児童家庭局障害福祉課長通知の「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」の趣旨を踏まえて、以下のように対応するものとする。

(居住地特例に該当するケースを除く一般的な場合)

『事務処理の流れ』

本人・保護者

(1) 申請者は旧居住地で交付された手帳（以下「旧手帳」という。）を持参の上、新居住地の市町村へ新規手帳の交付申請について相談する。

○申請書類 ①療育手帳交付申請書（様式第2号）

②写真 ③申出書（様式第8号）

④療育手帳記載事項変更届（様式第6号）

市町村

(2) 市町村は、申請者に対して「判定機関に連絡し、判定を受けるように」と指導する。

(3) 市町村は、旧手帳に記載された住所を新住所に書き換え後、当該手帳の写し（⑤）をとり、手帳原本を申請者に返却する（新たな手帳が交付されるまでの間の便宜上の扱い）。(1)で受理した申請書類と上記⑤を知的障害者更生相談所（交付機関）に送付する。

知的障害者
更生相談所
（交付機関）

(4) 交付機関は、知的障害者本人が18才未満の場合は児童相談所に上記書類（①③⑤）を送付する。

判定機関

知的障害者更生相談所
又は児童相談所

(5) 判定機関は、旧住所地の判定機関に、様式第9号に上記③（様式第8号）の写しを添付し、障害程度判定資料の提供を依頼する。

(6) 判定機関は、上記(5)で得られた資料をもとに、判定要領に基づき障害程度を書類判定する。ただし、書類判定が困難な場合は、知的障害者本人に判定機関に来所してもらい判定することがある。

(7) 判定機関は判定結果を交付機関に送付する。

知的障害者
更生相談所
（交付機関）

(8) 交付機関は、手帳を作成し市町村に送付する。

市町村

(9) 市町村は、申請者から旧手帳を回収し、新しい手帳を交付する。旧手帳は「返還届」に添付して知更相（交付機関）に送付する。（注）岡山市からの転入の場合は、手帳記載事項変更届（様式第6号）により手帳を継続使用できる。ただし、岡山県発行の手帳交付を希望する場合は、県外からの転入の場合と同じ扱いとする。

[資料4] 各種参考様式

1 同意書（参考）

医療機関が知的障害者更生相談所での判定資料を求める際には、原則として本人及びその保護者の同意が必要である。別添の様式を参考とすること。

2 障害者総合支援法事務に係る意見依頼書、意見書（参考）

市町村が障害者総合支援法の事務に関して身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所に意見を求める場合、別添の様式を参考とすること。

<参考様式>

同 意 書

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

本人氏名

保護者氏名

(本人との続柄)

岡山県知的障害者更生相談所の判定資料が提供されることに同意します。

1 情報提供が必要な理由、目的

2 必要な情報

3 情報提供先

4 備考

<参考様式>

障害者総合支援法事務に係る意見依頼書

〇〇〇〇第 号
令和 年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿
岡山県知的障害者更生相談所長 殿

〇 〇 〇市町村長

下記の者に対する意見書作成を依頼します。

記

身体障害者 知的障害者	氏名	男・女
	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	歳
	住所	
手 帳	身体障害者手帳 交付 号 第 種 級	
	療育手帳 交付 号 第 種 級	
判定依頼事項 及びその理由		
添 付 資 料	・障害支援区分認定調査票写し ・医師意見書写し ・その他 ()	
備 考		

<参考様式>

障害者総合支援法事務に係わる意見書 〇〇〇〇第 号 令和 年 月 日 〇 〇 市 町 村 長 殿 岡山県身体障害者更生相談所長 岡山県知的障害者更生相談所長 年 月 日付 第 号で依頼のあった件については、以下のとおりです。					
本人	氏名		性別		年 月 日生 歳
	住所				
総合判定意見	判定年月日	年 月 日			
医学的判定	一般的所見				(判定意見)
	精神医学的所見				
心理学的判定	知能検査	IQ ; (検査)			(判定意見)
	性格検査等の所見				
職能的判定	職適検査				(判定意見)
	訓練の可能性				
	適性				
社会的評価	本人家族				(社会的評価)
	社会参加等について				
支援への指針備考					

第3部

相談・支援・関連福祉サービス

第1章 一般相談・支援機関

1 相談・関係機関

機 関 名	内 容
市 町 村	<p>障害者の援護の実施主体として主に次の業務を行う。</p> <p>①障害者等の生活の実態を把握し、関係機関と連携を図り、必要な事業を行う。</p> <p>②障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、相談に応じるとともに調査及び指導を行う。</p> <p>③障害者等の権利擁護のために必要な援助を行う。</p> <p>④障害者等の申請に応じ、障害支援区分認定、福祉サービス支給決定、支給量の決定を行う。</p> <p>⑤相談支援事業など地域生活支援事業を行う。</p> <p>⑥市町村障害福祉計画を策定する。</p>
<p>県子ども・福祉部 障害福祉課</p> <p>県民局健康福祉部 福祉振興課</p>	<p>市町村と協力して主に次の業務を行う。</p> <p>①市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行う。</p> <p>②市町村と連携を図り、必要な事業を総合的に行う。</p> <p>③障害者等に関する相談及び指導のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行う。</p> <p>④市町村が障害者等に行う権利擁護の援助が適正かつ円滑に行われるよう必要な助言、情報の提供その他の援助を行う。</p> <p>⑤県障害福祉計画を策定する。 ※県民局福祉振興課には、身体障害者福祉司・知的障害者福祉司が配置されている。</p>
児童相談所	<p>児童に関する相談機関として、専門的な知識技術を必要とする相談に応じ、調査・判定を行い、それらに基づいて必要な指導を行う。</p>
精神保健 福祉センター	<p>精神保健及び精神障害者の福祉に関し、総合的相談及び指導を行う。地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を担う。精神障害者保健福祉手帳交付、自立支援医療費（精神通院医療費）の支給決定などの事務を行っている。</p>
保 健 所	<p>市町村等と連携し、こころの健康に関する相談及び複雑・困難事例に関する相談を行っている。</p> <p>特定疾患治療研究事業の申請等に関する窓口であり、難病等の患者に対する健康及び生活等に関する相談、支援を行う。</p>

機 関 名	内 容
社会福祉協議会	<p>地域福祉を総合的に推進する民間の団体（社会福祉法人）で、市町村、都道府県に設けられている住民が誰もが住み慣れた家庭や地域で自立した生活を送れる地域社会の実現に向けて活動している組織。</p> <p>主な活動としては、高齢者・障害者・児童福祉活動、生活福祉金の貸付け、日常生活自立支援事業がある。</p> <p>＜岡山県社会福祉協議会＞ 岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ内 電話(086)226-2822(代) 〈日常生活自立支援事業〉</p> <p>認知症や障害等で判断能力が不十分な人に対し、地域生活を送るための福祉サービスの情報提供や利用手続きの援助、また日常的な金銭管理等の援助を行う。</p>
家庭裁判所 〈後見制度〉	<p>認知症や障害等で判断能力が不十分な人の財産管理や身上監護、日常的な金銭管理等が適切に行われるよう成年後見人等の選任等を行う。法定後見制度と任意後見制度があり、法定後見制度では、本人の判断能力の程度に応じて「後見」「保佐」「補助」の制度がある。</p>
リーガルエイド 岡山（弁護士）	<p>社会的・経済的理由で法律上の援護を必要とする者の権利を擁護することを目的とした公益財団法人。</p> <p>高齢者・障がい者支援センター事業などで法律相談を行っている。その他消費者被害救済支援センター、女性人権支援センター、少年人権支援センターなどの活動も行っている。</p> <p>岡山市北区南方1-8-29 岡山弁護士会館内 電話（086）223-7899(代)</p>
成年後見センター・ リーガルサポート 岡山県支部 （司法書士）	<p>成年後見制度を通じて、高齢者や障害者の権利を守り、福祉を増進することを目的として設立された公益法人。研修により財産管理や福祉等の幅広い知識を身につけた成年後見人を養成し、高齢者や障害者の権利が守られ安心して生活ができるように成年後見人に就任した会員である司法書士の指導、支援を行う。</p> <p>岡山市北区駅前町2-2-12 岡山県司法書士会館内 電話（086）226-0470</p>
民生委員 児童委員	<p>担当地域において、住民の生活状況を必要に応じ適切に把握し、福祉ニーズの発見に努める。住民が自立した日常生活を送れるよう相談に応じ、福祉制度やサービス等に関する情報の提供、助言、指導を行うとともに住民と行政機関等とのパイプ役となる。</p>

機 関 名	内 容
身体障害者相談員 知的障害者相談員	地域の障害者・家族等の相談に応じ、市町村や相談支援機関その他地域の関係機関と連携を図りながら適切な支援や助言を行う。
日本司法支援センター 法テラス岡山	犯罪被害者支援等、法的トラブルの解決に必要な情報やサービスの提供を目的とし、全国50ヵ所に地方事務所が設置されている。 岡山市北区弓之町2-15 弓之町シティセンタービル2F 電話 050-3383-5491
岡山県 消費生活センター	商品やサービスに関する苦情相談等を受け付けるとともに、消費生活に関する知識の普及や暮らしに役立つ情報の提供を行っている <本所> 岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ5F 電話（相談専用）（086）226-0999 <津山分室> 津山市山下53 岡山県美作県民局 県民相談室内 電話（相談専用）（0868）23-1247

2 指定相談支援事業所

障害者等からの相談に応じ、必要な支援を行うとともに関係機関との連絡調整などの援助等を行う。

○指定相談支援事業の種別

- ・特定相談支援事業・障害児相談支援事業（計画相談支援）

障害者（児）の自立した生活を支え、障害者（児）の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントを行い、障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、サービス等利用計画を作成するとともに、計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を行う。

なお、特定相談支援事業は、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス等の相談支援、障害児相談支援事業は、児童福祉法に規定する障害児通所支援の相談支援を行う。

- ・地域移行支援事業・地域定着支援事業（地域相談支援）

地域移行支援事業は、障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者を対象として、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談等を行う。

地域定着支援事業は、居宅において単身等で生活する障害者を対象に、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等における相談、緊急訪問等を行う。

3 障害児等療育支援事業実施機関

在宅の「重症心身障害児（者）」、「知的障害児」、「身体障害児」、「発達障害児」の地域における生活を支えるため、身近な地域で療育指導等が受けられる療育機能の充実を図るとともに、これらを支援する都道府県域の療育機能との重層的な連携を図る。

(R7.4.1 現在)

施設等名	所在地	電話番号
<岡山県>		
旭川児童院	岡山市北区祇園866	(086)275-1951
児童発達支援センター キッズみのり	津山市二宮999	(0868)28-3413
美作地域生活支援センター (津山ひかり学園)	津山市川崎1508	(0868)21-8830 (0868)26-1091
子ども療育センター 笠岡学園	笠岡市金浦746	(0865)66-0844

4 障害者総合支援法に基づく協議会

協議会は、関係機関等が相互に地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた支援体制について協議し、整備を図ることを目的として設置する機関である。

設置については努力義務とされ、単独及び共同で設置することが可能であり、その運営については直営又は民間団体へ委託できる。

(1) 県が設置する協議会

ア 基本的な役割

県全域の支援体制整備に向け、主導的役割を担う協議の場として設置する。

イ 主な機能

- ・ 県全域のネットワーク構築等に向けた協議と課題の情報共有
- ・ 県全域の支援体制の課題整理と社会資源の開発と改善に向けた協議
- ・ 県内の市町村協議会単位ごとの相談支援体制の状況を把握、評価し整備方策を助言
- ・ 相談支援従事者の人材確保・養成（研修のあり方等）を協議
- ・ 専門分野における支援方策についての情報や知見を共有、普及
- ・ 相談支援に関する強化及び整備事業等による市町村の相談支援体制支援に関する協議
- ・ 権利擁護の普及 等

(2) 市町村が設置する協議会

ア 基本的な役割

相談支援事業をはじめとする地域における支援体制の整備に関し、中核的な役割を果たす定期的な協議の場として設置する。

イ 主な機能

- ・ 地域のネットワーク構築等に向けた協議と課題の情報共有
- ・ 個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
- ・ 地域の支援体制に係る課題整理と社会資源の開発、改善に向けた協議
- ・ 中立、公平性を確保する観点から相談支援事業者の運営評価の実施
- ・ 相談支援に関する強化及び整備事業等の活用や地域の相談支援従事者の質の向上を図るための研修の実施等、相談の体制整備に関する協議
- ・ 権利擁護等の専門部会等の設置、運営 等

第2章 就労相談・支援機関

機関名	内 容
障害者就業・生活支援センター	<p>職場への定着が困難な障害者や就業経験のない障害者に対し、就業や日常生活・社会生活上の支援・相談に応じる。</p> <p>実施箇所（4ヶ所）</p> <ul style="list-style-type: none"> 岡山障害者就業・生活支援センター 岡山市北区祇園866 電話（086）275-5697 倉敷障がい者就業・生活支援センター 倉敷市笹沖180 くらしき健康福祉プラザ 電話（086）434-9886 津山障害者就業・生活支援センター 津山市川崎1554 電話（0868）21-8830 たかはし障害者就業・生活支援センター 高梁市中原町1476-1 電話（0866）56-1320
公共職業安定所（ハローワーク）	<p>求職障害者の状況、技能、知識、適性、希望等をもとに相談及び指導を行い、就職及び職業訓練等を斡旋する。雇用保険の受給手続き、雇用に関する国の助成金及び補助金の申請窓口業務や、求人の受理等も行っている。</p> <p>障害者の求人情報は、インターネットでも検索が可能となっている。 ハローワークインターネットサービス http://www.hellowork.go.jp/</p>
地域障害者職業センター	<p>公共職業安定所との密接な連携のもと、求職障害者に対し、職業評価、職業指導、職業準備訓練等の各種職業リハビリテーションを実施するとともに、事業主に対して、雇用管理上の課題を分析し、雇用管理に関する専門的な助言その他の支援を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業 障害者の円滑な就職及び職場適応を図るため、事業所にジョブコーチを派遣し、障害者及び事業主に対して、雇用の前後を通じて障害特性を踏まえた直接的、専門的な援助を実施する。 職業準備支援 職業紹介等の段階へ着実に移行させるため、センター内での作業体験、社会生活技能訓練等を通じて、労働習慣の体得、作業遂行力及び対人対応力の向上を支援する。 <p>岡山障害者職業センター 岡山市北区中山下1-8-45 NTTクレド岡山ビル17階 電話（086）235-0830</p>
障害者職業能力開発校	<p>身体障害者、知的障害者、高次脳機能障害者、発達障害者を対象に職業的自立を支援するため、一人ひとりの特性・能力に応じたきめ細かな総合的リハビリテーションサービスを提供する。窓口は公共職業安定所で、訓練期間は1年～2年。</p> <p>国立吉備高原職業リハビリテーションセンター 加賀郡吉備中央町吉川7520 電話（0866）56-9002</p>

機 関 名	内 容
<p>県立 職業能力開発施設</p>	<p>職業訓練を行い、社会参加に必要な技能を習得することにより職業的自立を図る。訓練手当が支給される。</p> <p>< 障害者向け訓練 > 北部高等技術専門校美作校 美作市安蘇345 電話 (0868)72-0453 ・総合実務科 (知的障害) 訓練期間 1年</p>
<p>難病相談・支援 センター</p>	<p>難治性疾患患者及び人工透析を受けている者で、就労や就労継続に不安を抱える者に対し、個別の状況及びニーズに合った就業や日常生活・社会生活上の支援・相談に応じる。</p> <p>岡山県難病相談・支援センター 岡山市北区平田408-1 電話 (086)246-6284</p>

第3章 障害者虐待防止法

障害者に対する虐待はその尊厳を害するものであり、障害者の自立と社会参加にとって障害者虐待の防止を図ることが極めて重要であるとの認識のもと、障害者虐待の防止や養護者に対する支援等に関する施策を推進するため、平成24年10月1日に施行された。

行政のほか、保健・医療・福祉・使用者等の関係者は、障害者虐待の早期発見について努力義務とされ、また、障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに市町村等に通報することが義務付けられている。

1 定義

(1) 対象となる障害者

心身の機能に障害がある者で、障害及び社会的障壁によって継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの（年齢や各種障害者手帳所持の有無は問わない。）

(2) 虐待者による分類

ア 養護者：現に障害者を養護する（一定の関わりをもつ）者

イ 障害者福祉施設従事者等：障害者総合支援法第5条に定められるサービス事業等従事者

ウ 使用者：雇用する事業主、指揮命令監督する権限のある者等

(3) 虐待の行為による類型

ア 身体的虐待：暴力、体罰により身体に外傷を生じる行為（生じるおそれのある行為を含む。）や正当な理由なく身体拘束を行うこと

イ 性的虐待：本人の同意のない性的な行為やその強要を行うこと

ウ 心理的虐待：脅し、侮辱などの言葉や無視、嫌がらせによって精神的苦痛を与えること

エ 放棄・放置：世話や介助をしない等生活環境及び身体・精神的状態を悪化させること

オ 経済的虐待：同意なしに財産、賃金等を搾取したり、金銭の使用を理由なく制限すること

2 他法との適用範囲（所在や場所によって異なる。）

18歳未満：児童虐待防止法、障害者虐待防止法（養護者等支援）

18～64歳：障害者虐待防止法

65歳以上：障害者虐待防止法、高齢者虐待防止法

* 配偶者からの暴力については、DV防止法の対象ともなる。

3 市町村の役割

(1) 通報・相談窓口としての障害者虐待防止センターの設置

(2) 通報等を受けた場合の被虐待者の安全確認、事実確認及び虐待の認定

(3) 被虐待者に対する支援方針の策定と一時保護等必要な措置の実施

(4) 養護者に対する負担軽減のための相談、指導及び助言等の必要な措置の実施

(5) 使用者による障害者虐待に係る事項の県への通知

(6) 関係機関、民間団体等との連携協力体制の整備 等

4 県の役割

(1) 通報・相談窓口としての障害者権利擁護センターの設置

(2) 障害者福祉施設への立ち入り調査、勧告、指定取り消し等権限の行使

(3) 市町村に対する情報提供、連絡調整、助言等の支援

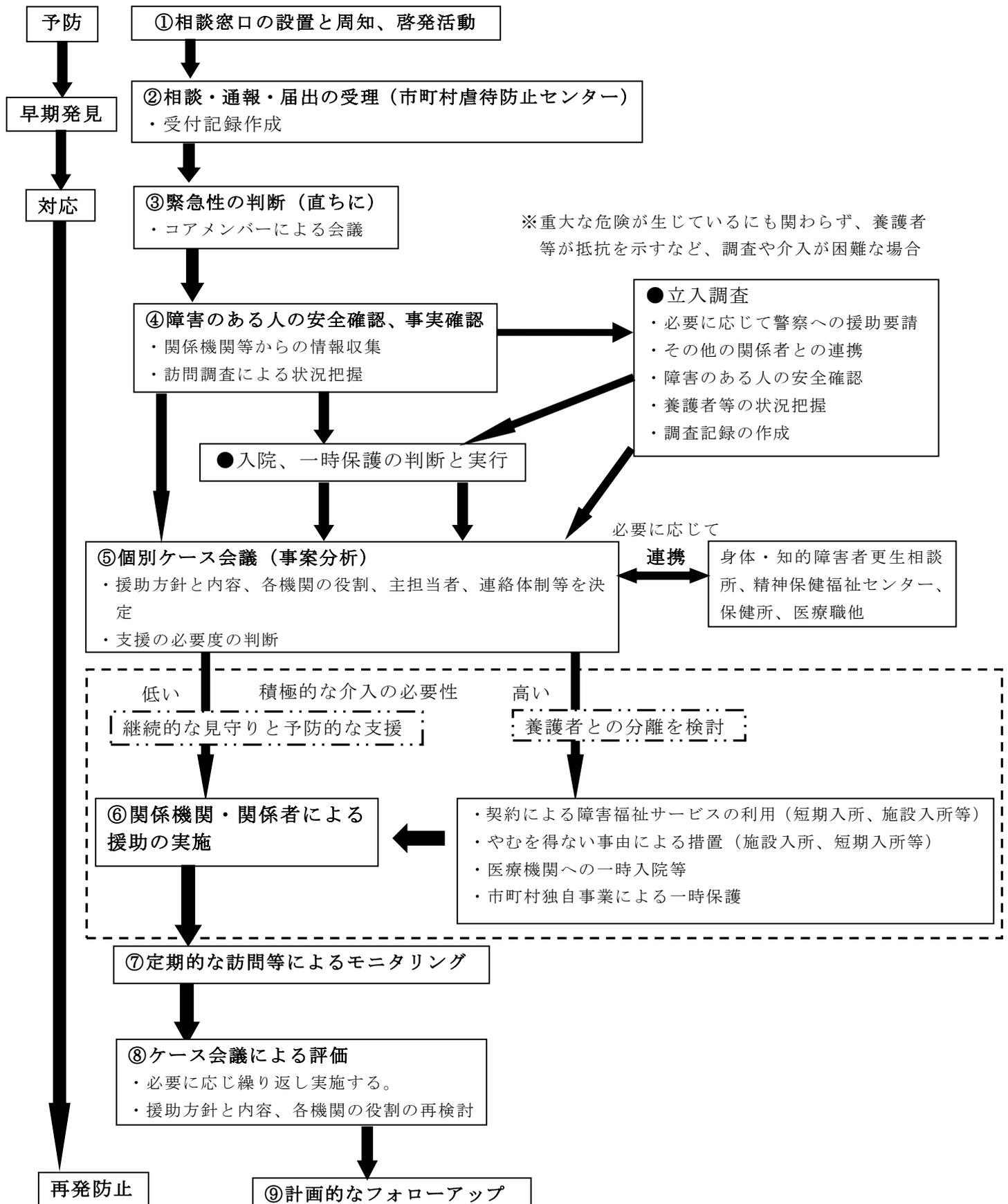
(4) 使用者による障害者虐待に係る事項の労働局への報告

(5) 障害者虐待の防止及び養護者支援に関する広報及び啓発 等

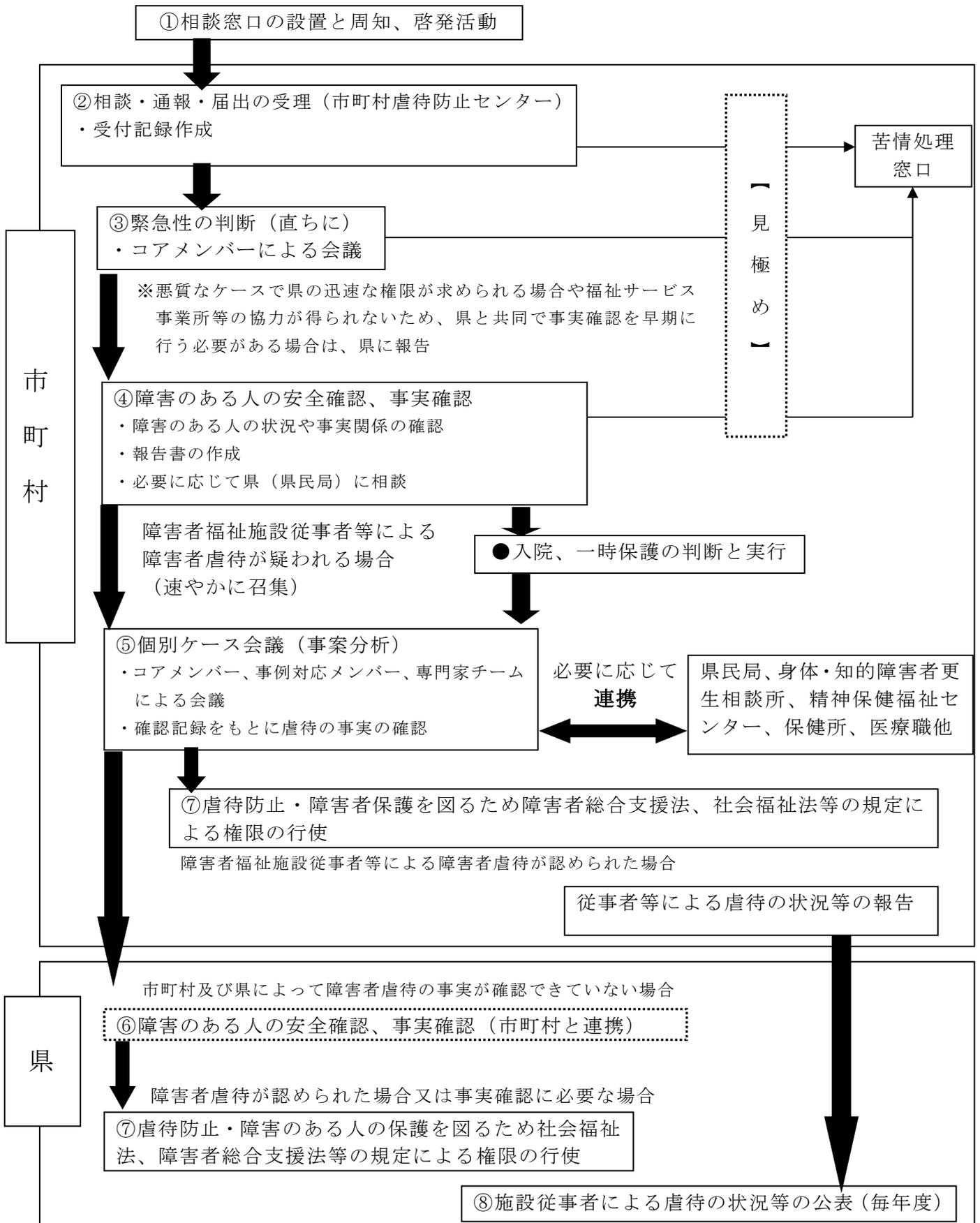
5 更生相談所の役割

障害者及び障害者の養護者への自立に対する支援を検討する個別ケース会議に必要な応じて参加するなど、市町村に対し専門的、技術的援助及び指導を行う。

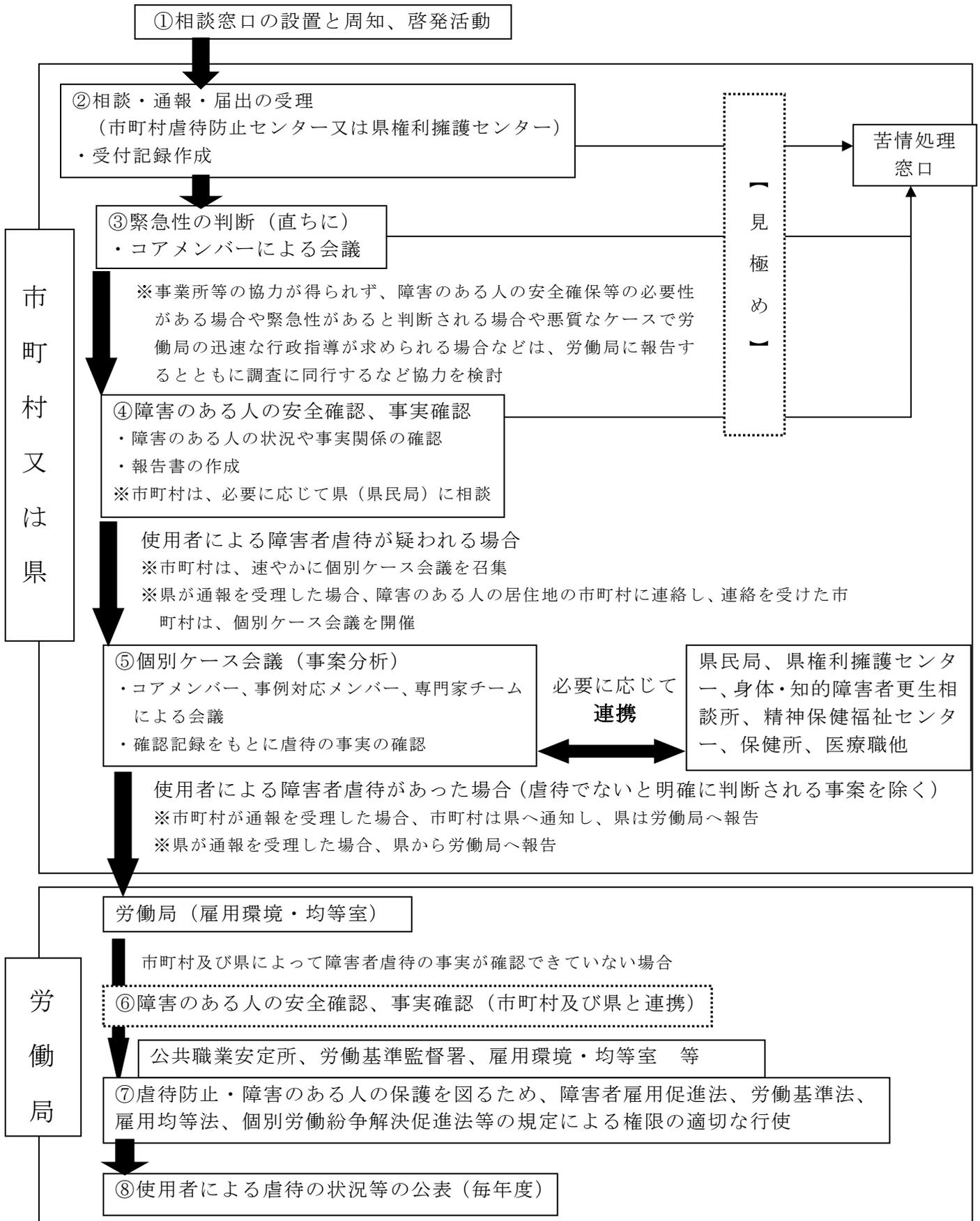
養護者による障害者虐待への対応フロー図



障害者福祉施設従事者等による障害者虐待への対応フロー図



使用者による障害者虐待への対応フロー図



障害者虐待等に関する窓口一覧

令和6年4月現在

○養護者・福祉施設従事者等・使用者による障害者虐待の通報・届出・相談窓口(市町村障害者虐待防止センター)

市町村名	連絡先	TEL	FAX	受付時間
岡山市	障害者権利擁護・虐待防止センター通報ダイヤル 岡山市北区平田407	086-259-5303	086-259-5302	24時間
倉敷市	(養護者による虐待) 倉敷市福祉課	086-426-3321	086-422-3389	平日のみ (8:30~17:15)
	(福祉施設従事者等による虐待) 倉敷市障がい福祉課事業所指導室	086-426-3287	086-421-4411	
	(使用者による虐待) 倉敷市障がい福祉課	086-426-3305		
	倉敷地域基幹相談支援センター	倉敷市浜町1丁目2番20号	086-486-3500	086-486-3501
津山市	津山地域障害者虐待防止センター 津山市二宮80-1	080-2934-1750	0868-28-7330	24時間(※)
玉野市	玉野市役所福祉政策課障害者福祉係 玉野市宇野1-27-1	0863-32-5556	0863-31-9179	平日のみ (8:30~17:15)
		0863-32-5588		夜間・休日
笠岡市	笠岡市地域福祉課障がい福祉係 (笠岡市障害者虐待防止センター) 笠岡市中央町1-1	0865-69-2133	0865-69-2182	平日のみ (8:30~17:15)
		0865-69-2111		夜間・休日
井原市	井原市役所福祉課障害福祉係 (井原市障害者虐待防止センター) 井原市井原町311-1	0866-62-9518	0866-62-9310	平日のみ (8:30~17:15)
		0866-62-9555		夜間・休日
総社市	総社市障がい虐待防止センター (総社市役所保健福祉部福祉課障がい福祉係) 総社市中央1-1-1	0866-92-8269	0866-92-8385	平日のみ (8:30~17:15)
		0866-92-8200	0866-92-8300	夜間・休日
高梁市	高梁市障害者虐待防止センター (たかはし障害者総合相談センター) 高梁市中原町1476-1	0866-22-9800	0866-22-0090	24時間(※)
		高梁市健康福祉部福祉課障害福祉係 高梁市松原通2043	0866-21-0284	0866-23-1433
新見市	新見市障害者地域活動支援センター (ほほえみ広場にいみ) 新見市福祉課 (新見市障害者虐待防止センター) 新見市役所	0867-71-2166	0867-71-1022	日曜日から金曜日 (9:00~18:00)
		0867-72-6126	0867-72-1407	平日のみ (8:30~17:15)
		0867-72-6111		夜間・休日
備前市	備前市役所社会福祉課地域福祉係 備前市役所	0869-64-1827	0869-64-4094	平日のみ (8:30~17:15)
		0869-64-3301	0869-64-3845	夜間・休日
瀬戸内市	瀬戸内市福祉部福祉課 瀬戸内市役所 瀬戸内市権利擁護センター (瀬戸内市社会福祉協議会瀬戸内市総合福祉センター内) 瀬戸内市邑久町尾張300-1	0869-24-8847	0869-24-8840	平日のみ (8:30~17:15)
		0869-22-1111		夜間・休日
		0869-24-7711	0869-22-1850	平日のみ (8:30~17:15)
赤磐市	赤磐市障害者虐待防止センター (赤磐市社会福祉課内) 赤磐市下市344	086-955-1115	086-955-1118	平日のみ (8:30~17:15)
		086-955-1111		夜間・休日
真庭市	真庭市障害者虐待防止センター (真庭市健康福祉部福祉課) 真庭市久世2927-2	0867-42-1581	0867-42-1369	平日のみ (8:30~17:15)
		0867-42-1150	0867-42-1173	夜間・休日
美作市	美作市障害者虐待防止センター (美作市福祉政策課) 美作市役所	0868-75-3913	0868-72-7702	平日のみ (8:30~17:15)
		0868-72-1111		夜間・休日
浅口市	浅口市健康福祉部社会福祉課 (浅口市障害者虐待防止センター) 浅口市役所	0865-44-7007	0865-44-7110	平日のみ (8:30~17:15)
		0865-44-7000	0865-44-5771	夜間・休日
和気町	和気町健康福祉課(本庁舎) 和気町総務事業課(佐伯庁舎) 東備地域生活支援センター	0869-93-3681	0869-92-0121	24時間(※)
		0869-88-1103	0869-88-0963	24時間(※)
		0869-93-2565	0869-93-2446	24時間(※)
早島町	早島町役場健康福祉課 都窪郡早島町前湯360-1	086-482-2483	086-483-0564	24時間(※)
里庄町	里庄町役場健康福祉課 浅口市里庄町里見1107-2	0865-64-7232	0865-64-7236	24時間(※)
矢掛町	矢掛町役場福祉介護課 小田郡矢掛町矢掛3018	0866-82-1026	0866-82-9061	24時間(※)
新庄村	新庄村役場住民福祉課 真庭郡新庄村2008-1	0867-56-2646	0867-56-7044	24時間(※)
鏡野町	津山地域障害者虐待防止センター 鏡野町役場総合福祉課福祉係	080-2934-1750	0868-28-7330	24時間(※)
		0868-54-2986	0868-54-2891	24時間(※)
勝央町	勝央町役場健康福祉部 勝田郡勝央町平242-1	0868-38-7102	0868-38-7103	平日のみ (8:30~17:15)
		0868-38-3111		夜間・休日
奈義町	奈義町役場こども・長寿課 勝田郡奈義町豊沢327-1	0868-36-6700	0868-36-6772	平日のみ (8:30~17:15)
		0868-36-4111		夜間・休日
西粟倉村	西粟倉村役場保健福祉課 英田郡西粟倉村大字影石33-1	0868-79-2233	0868-79-2125	24時間(※)
久米南町	津山地域障害者虐待防止センター 久米南町役場保健福祉課	080-2934-1750	0868-28-7330	24時間(※)
		086-728-4411	086-728-4414	24時間(※)
美咲町	津山地域障害者虐待防止センター 美咲町役場福祉事務所	080-2934-1750	0868-28-7330	24時間(※)
		0868-66-1129	0868-66-1167	24時間(※)
吉備中央町	吉備中央町役場福祉課 加賀郡吉備中央町豊野1-2	0866-54-1317	0866-54-1306	24時間(※)

(※)FAXの夜間・休日受付の内容確認は、翌開庁日になります。

○使用者による障害者虐待の通報・届出・相談窓口(岡山県障害者権利擁護センター)

	連絡先	TEL	FAX	受付時間
岡山県	岡山県障害者権利擁護センター (公社)岡山県社会福祉士会 岡山市北区南方2丁目13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館 (きらめきプラザ)7階	086-226-6100	086-226-6111	平日のみ (8:30~17:15) 夜間・休日は 留守番電話

夜間・休日受付の内容確認は、翌開庁日になります。

第4章 手当・年金等の支給

(R7. 4. 1 現在)

種 類	対 象 ・ 支 給 額	申請窓口
障害基礎年金	<p>対象：満20才以上の者で、国民年金法による障害等級が1・2級相当（日常生活が著しい制限を受ける程度以上）の者</p> <p>内容：1級 1,039,625円（年額） 2級 831,700円（年額）</p> <p>☆ 本人の所得による支給制限や子どもを扶養している場合加算がある。</p> <p>☆ 所定の診断書が必要である。</p> <p>☆ 身障手帳の等級や療育手帳の程度と関連しない。</p>	市町村 年金事務所
特別児童扶養手当	<p>対象：20才未満の障害（日常生活が著しい制限を受ける程度以上）を有する者を家庭で養育している者</p> <p>内容：1級 56,800円（月額） 2級 37,830円（月額）</p> <p>☆ 施設入所中の場合は支給されない。</p> <p>☆ 受給資格者、その配偶者及びその扶養義務者の前年所得による支給制限がある。</p> <p>☆ 原則として所定の診断書が必要である。</p>	市町村
特別障害者手当	<p>対象：20才以上で障害が重複するなど著しく重度の障害があり、常時特別な介護が必要な者</p> <p>内容：29,590円（月額）</p> <p>☆ 本人、配偶者及び扶養義務者の前年所得による支給制限がある。</p> <p>☆ 施設入所中や3ヶ月以上入院している者は支給されない。</p> <p>☆ 原則として所定の診断書が必要である。</p>	市町村
障害児福祉手当	<p>対象：20才未満の重度障害児で常時介護を必要とする者</p> <p>内容：16,100円（月額）</p> <p>☆ 所得制限は、特別障害者手当と同様である。</p> <p>☆ 施設入所中の場合は支給されない。</p> <p>☆ 障害を支給事由とする公的給付を受けることができるときは支給されない。</p> <p>☆ 原則として所定の診断書が必要である。</p>	市町村
特別障害給付金	<p>対象：①S61年3月以前の国民年金任意加入対象であった被用者（厚生年金等の加入者）の配偶者 ②H3年3月以前の国民年金任意加入対象であった学生、上記①あるいは②であって、かつ、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1・2級相当の障害がある者</p> <p>内容：1級 56,850円（月額） 2級 45,480円（月額）</p> <p>☆ 本人の前年所得の額及び老齢基礎年金の受給資格があるときには支給が制限される。</p> <p>☆ 所定の診断書が必要である。</p>	市町村

第5章 医療費の助成

種 類	対 象・自己負担限度額（月額）	申請窓口																					
障害者医療費 公費負担制度	<p>対象：①身体障害者：身体障害者手帳1級又は2級 ②知的障害者：重度知的障害者又は身体障害者手帳3級を所持する中度知的障害者 ③精神障害者：精神障害者保健福祉手帳1級及び自立支援医療(精神)受給者証所持者</p> <p>内容：原則、定率1割の自己負担額であるが、所得区分に応じ、下表の自己負担額の限度額を設けている。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">所得区分</th> <th colspan="2">自己負担限度額（月額）</th> </tr> <tr> <th>通院</th> <th>入院又は合算</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">一定以上</td> <td>44,400</td> <td>80,100円+1% ※1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">一般</td> <td>12,000</td> <td>44,400</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">低所得</td> <td>Ⅱ</td> <td>2,000</td> <td>12,000</td> </tr> <tr> <td>Ⅰ</td> <td>1,000</td> <td>6,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1：医療費総額が801,000円超の場合は次のとおり 80,100円+(医療費総額-801,000円)×1%</p> <p>※精神障害者の精神疾患による入院は、当該疾患による入院から3か月を満了する日の月末までの療養を助成対象とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老齢福祉年金受給資格に準じた所得制限がある。 ・生活保護の受給者は対象外となる。 ・上記①～③に該当しても、65歳以上で新たに該当した者は対象外となる。 <p>☆ 実施主体は市町村であり、各市町村によって制度内容が異なることがある。</p>	所得区分		自己負担限度額（月額）		通院	入院又は合算	一定以上		44,400	80,100円+1% ※1	一般		12,000	44,400	低所得	Ⅱ	2,000	12,000	Ⅰ	1,000	6,000	市町村
所得区分				自己負担限度額（月額）																			
		通院	入院又は合算																				
一定以上		44,400	80,100円+1% ※1																				
一般		12,000	44,400																				
低所得	Ⅱ	2,000	12,000																				
	Ⅰ	1,000	6,000																				

第6章 その他の主なサービス

以下は、身体障害者、知的障害者を対象としたサービス内容である。なお、割引を受けるには、障害者手帳の提示が必要であるが、ほとんどの交通機関で、障害者手帳をスマホに登録した障害者手帳アプリ「ミライロ ID」の提示でも可能となっている。

1 旅客運賃等割引制度

種類	対象と割引			問い合わせ先
	対象	第1種	第2種	
JR	本人のみの乗車の場合	本人50%割引 普通乗車券(片道100km超の区間に限る)	本人50%割引 普通乗車券(片道100km超の区間に限る)	JR各社(※)
	本人と介護者が同伴の場合	本人と介護者1名が50%割引 (距離制限なし) 普通乗車券、普通回数乗車券、普通急行券(特別急行券を除く)、定期乗車券	本人12歳以上の時は、本人のみ上記割引あり 介護者割引なし。 本人12歳未満の時は、本人と介護者1名が50%割引(定期乗車券のみ)。	
航空	本人のみの搭乗の場合	割引有		航空各社の国内線窓口(※)
	本人と介護者が同伴の場合	本人と介護者1名		
	☆ 障害程度の区別なし。 ☆ 満3歳以上が対象。 ☆ 搭乗券購入及び搭乗時に手帳を提示する。 ☆ 定期航空路線の国内線全区間で適用可能。国際線に割引運賃はない。 ☆ 割引率は航空会社、路線により異なる。			
バス	本人のみの乗車の場合	本人50%割引	本人50%割引	各バス会社(※)
	本人と介護者同伴の場合	本人と介護者1名が50%割引	本人が50%割引。 介護者割引なし	
☆ 定期乗車券は30%割引となる。				
タクシー	本人のみ、あるいは、本人と介護者が同伴の場合	10%割引 身体障害者手帳、療育手帳を提示する。		各タクシー会社(※)
	☆ 市町村により利用券を交付しているところがある。			

種 類	対 象 と 割 引			問い合わせ先
	対 象	第 1 種	第 2 種	
有料道路	本人運転 (身体障害者手帳 交付者のみ)	50%割引	50%割引	市 町 村
	介護運転 (本人以外の者の 運転 (本人同乗))	50%割引	割引なし	
<p>身体障害者本人が自ら運転する場合、又は第1種身体障害者手帳又は第1種知的障害者(療育手帳障害程度A)の者(重度障害者 以下「重度」)が同乗し、その移動のため、本人以外の者が運転する場合、割引対象となる自動車の範囲は、1人1台に限り事前登録した自動車の他、事前登録していない自動車(*)も(1人1台の要件緩和)、通常料金が半額に割引される。</p> <p>(*) タクシー(重度)、福祉有償運送(重度)、レンタカー、知人等の自家用車、車検時の代車等。各車両の利用前に事前にその利用確認(予約)が必要。</p> <p>割引を受けようとする障害者は、手帳を管理する市町村福祉担当窓口に必要な書類を持参し事前登録の手続き(当初申請)、又はマイナポータルを利用したスマートフォンからのオンライン申請(ETC利用申請を併せて行う場合に限る)を行う。</p> <p>前者申請の場合、手帳の備考欄等に、「道路」又は「道路介護」(重度)と、自動車を事前登録した場合は自動車登録番号及び割引有効期限を、事前登録しない場合は「自動車登録なし」と記載したシールが貼付される。</p> <p>後者申請の場合、有料道路会社から送付されたシールを手帳に貼付する。</p> <p>ETCを利用する場合は、障害者本人名義(未成年の重度障害者は親権者又は後見人名義)のETCカードの登録を行う。</p> <p>☆ 通行方法</p> <p>(1)登録自動車で通行する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ETCを利用しない場合 出口料金所で、係員に手帳又は記載内容の表示する機能を有する障害者手帳アプリ「ミライロID」を提示し、自動車登録番号と有効期間内であることを確認を受けた上で、所定の料金を支払って通行する。 ・ETCを利用する場合 利用登録カードを利用登録されたETC車載器に挿入し通行する。また、常に手帳を携行し、求めがあれば提示する。 <p>(2)登録していない自動車で通行する場合 現金、ETC利用のどちらでも、一般レーンの出口料金所で係員に手帳又は障害者手帳アプリ「ミライロID」等を提示し、割引要件を満たす自動車であることなど確認を受け、所定の料金を支払って通行する。</p> <p>☆ 割引有効期限 新規申請及び変更申請の場合は、申請日からその後の2回目の誕生日まで、更新申請の場合は3回目の誕生日(最長2年2か月)までが、割引有効期限となる。なお、各申請の手続きは、当初申請と同様、市町村福祉担当窓口で行い、更新申請は有効期限の2か月前から可能である。</p>				

2 税の控除等

<所得税・住民税>

種 類	対象者	内 容	問い合わせ先
所得税の 控除	身体障害者 知的障害者	障害者控除：納税者自身、同一生計配偶者又は扶養親族が所得税法上の障害者に該当する場合、一定の金額の所得控除が受けられる。 。 障害者控除(27万円) 特別障害者控除(40万円) 同居特別障害者控除(75万円)	税務署
住民税の 控除	身体障害者 知的障害者	次の控除が受けられる。 障害者控除(26万円) 特別障害者控除(30万円) 同居特別障害者控除(53万円)	市町村

<自動車税関係>

令和元年10月1日に自動車取得税は廃止され、「自動車税環境性能割」及び「軽自動車税性能割」が創設された。自動車は「自動車税種別割」に、軽自動車税は「軽自動車税種別割」に名称が変わった。減免対象は、軽自動車を含んで障害者1人につき1台に限られる。なお、軽自動車環境性能割は市町村税だが、県で減免申請を受け付けており、軽自動車税種別割の減免は住所地の市町村で行っている。

種 類	対 象	内 容	問い合わせ先
自動車税・ 軽自動車税の 課税、免除、 減免	○減免の対象となる 自動車 (222頁のとおり)	自動車税（環境性能割）の減免	備前県民局税務部課税課 自動車審査班 (岡山市北区富吉5301-8) 岡山県自動車会館23番窓口 (086)286-8770
	○減免の対象となる 障害の範囲 (222頁のとおり)	軽自動車税（環境性能割）の減免	備前県民局税務部課税課 自動車審査班 (岡山市北区久米178-3) 軽自動車検査協会岡山事務所内 (086)245-6200
		自動車税種別割の減免	住所地を管轄する 県民局税務部課税課 [備前] (086)233-9844 [備中] (086)434-7071 [美作] (0868)23-1272
		軽自動車税種別割の減免	市町村

減免の対象となる自動車の条件

岡山県

身体障害者等の状況		自動車の所有(取得)者	自動車の運転者	使用目的
①	身体障害者	18歳以上	原則として本人(注1)	本人 特に問わない
		18歳未満	本人又は生計を一にする者	生計を一にする者 生計を一にする者
②	精神障害者	本人又は生計を一にする者	本人 生計を一にする者	特に問わない 精神障害者の通学、通院、通所又は生業のために専ら使用すること(注2)
③	知的障害者	本人又は生計を一にする者	本人 生計を一にする者	特に問わない 知的障害者の通学、通院、通所又は生業のために専ら使用すること(注2)
④	戦傷病者	本人	本人	特に問わない
		本人	生計を一にする者	戦傷病者の通学、通院、通所又は生業のために専ら使用すること(注2)

減免の対象となるのは、身体障害者等の方1人につき自家用自動車1台です。なお、軽自動車税環境性能割は県で減免の申請を受け付けていますが、軽自動車税環境性能割については住所地の各市町村にお尋ねください。

- 注1. 身体障害者の方が18歳未満の時から減免を受けていた自動車については、その自動車に限り、生計同一者の所有のままで減免を継続できます。
- 注2. 「身体障害者等の通学、通院、通所又は生業のために専ら使用すること」とは、週1日以上又は月4日以上継続して(今後6か月以上)当該身体障害者等のために、上記使用目的のため使用することをいいます。

減免の対象となる障害の範囲

① 身体障害者 障害者本人が運転する場合→◎及び○、生計を一にする者が運転する場合→◎

障害名	障害の程度(級別)					
	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	◎	◎	◎	◎(4級の1まで)		
聴覚障害		◎	◎			
平衡機能障害			◎			
音声機能障害(気管を開口している者に限る)			◎			
上肢機能障害	◎	◎				
下肢機能障害	◎	◎	◎	○	○	○
乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害	上肢機能 (1・2級いずれも一上肢のみの場合を除く)					
	移動機能 (生計を一にする者が運転する場合は3級のうち一下肢のみの場合を除く)					
体幹機能障害	◎	◎	◎		○	
心臓機能障害	◎		◎			
じん臓機能障害	◎		◎			
呼吸器機能障害	◎		◎			
ぼうこう又は直腸の機能障害	◎		◎			
小腸機能障害	◎		◎			
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	◎	◎	◎			
肝臓機能障害	◎	◎	◎			

★減免の判定は個別の障害について行いますので、事前にお問い合わせください。

◎知的障害者 療育手帳判定Aの方

<預金関係>

種類	内容	問い合わせ先
障害者等の少額預貯金 利子所得等の非課税 (障害者等のマル優)	預貯金等の元本が350万円までの利子に対して税金がかからない。 ☆身障手帳・療育手帳及び個人番号カード等を提示。	国税局電話 相談センター (税務署) 金融機関窓口
障害者等の少額公債の利子の非課税(障害者等の特別マル優)	国債及び地方債の額面の合計額が350万円までの利子に対して税金がかからない。 ☆身障手帳・療育手帳及び個人番号カード等を提示。	

3 住 宅

種 類	対 象 ・ 支 給 額	問 い 合 わ せ 先
公営住宅の優先入居	<p>対象：身体障害者手帳（1級～4級）、療育手帳（概ね中度以上）の交付者（単身世帯）又は交付者と同居する世帯（障害者世帯）</p> <p>内容：公営住宅の入居者決定の抽選会等において、優遇対象世帯として、優遇を受けることができる。</p> <p>☆入居条件には障害者等の世帯の所得制限（「月額所得」214,000円以下）がある。</p> <p>☆単身世帯入居可能住宅について、常時の介護を必要とする者は、入居対象外となる。</p> <p>☆身体障害者世帯向け住宅（特定目的住宅）への入居条件は、重度の下肢機能障害者がいる世帯であること。</p>	<p>県住宅課 （岡山県営住宅管理センター） 電話（086）222-6696</p> <p>市町村公営住宅担当課</p>
住宅改造費の助成	<p>対象：重度者がいる世帯で、小規模な改造をする場合（対象・支給額等は、市町村へ問い合わせてください。）</p>	

4 NHK放送受信料の減免

区 分	対 象 世 帯	備 考
全額免除	<p>・知的障害者又は身体障害者手帳所持者がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合</p>	<p><申請窓口> 市町村、NHK</p>
半額免除	<p>下記の方が世帯主で受信契約者の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳所持する視覚又は聴覚障害者 ・重度の身体障害者（障害等級1、2級所持者） ・重度の知的障害者 	<p><問い合わせ先> NHK岡山放送局 電話（086）214-4740 （直通）</p>

5 公共施設等の入場料の減免

公共施設等を利用する際に、入場料や利用料が減免又は免除になる場合がある。施設窓口で身体障害者手帳・療育手帳を提示する。詳細は、それぞれの各施設にお尋ねください。

6 駐車禁止除外（標章交付対象者）

駐車禁止の交通規制の対象から除外を希望する場合に、公安委員会から駐車禁止除外指定車標章の交付を受けるものである（有効期限有）。以下の障害者が使用する車両で、駐車禁止除外を希望する場合は、申請者の住所地又は勤務地を管轄する警察署又は警察本部交通規制課に標章交付申請をする必要がある。申請は新規と更新（有効期限の1か月前より受付）とある。

障害の区分		身体障害者の方	戦傷病者の方
視覚障害		1級から3級までの各級及び4級の1	特別項症から第4項症までの各項症
聴覚障害		2級及び3級	特別項症から第4項症までの各項症
平衡機能障害		3級	特別項症から第4項症までの各項症
肢体不自由	上肢	1級、2級の1及び2級の2	特別項症から第3項症までの各項症
	下肢	1級から4級までの各級	特別項症から第3項症までの各項症
	体幹	1級から3級までの各級	特別項症から第4項症までの各項症
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢	1級及び2級（1上肢のみに運動機能障害がある場合を除く。）	＼
	移動	1級から4級までの各級	＼
心臓機能障害		1級及び3級	特別項症から第3項症までの各項症
じん臓機能障害		1級及び3級	特別項症から第3項症までの各項症
呼吸器機能障害		1級及び3級	特別項症から第3項症までの各項症
ぼうこう又は直腸の機能障害		1級及び3級	特別項症から第3項症までの各項症
小腸機能障害		1級及び3級	特別項症から第3項症までの各項症
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		1級から3級までの各級	＼
肝臓機能障害		1級から3級までの各級	特別項症から第3項症までの各項症
その他の障害者の方			
知的障害のある方		重度（A）	
精神障害のある方		1級	
小児慢性特定疾患児手帳を所持している方		色素性乾皮症	

受付窓口及び問い合わせ先：住所地又は勤務地を管轄する警察署の交通（第一）課
県警本部交通規制課

（岡山県警察のホームページから申請書のダウンロードが可能）

* 身体障害者の方は、岡山県身体障害者福祉連合会でも手続きの代行が可能（有料：1,200円）
岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ1F 電話（086）223-4562

7 携帯電話割引サービス

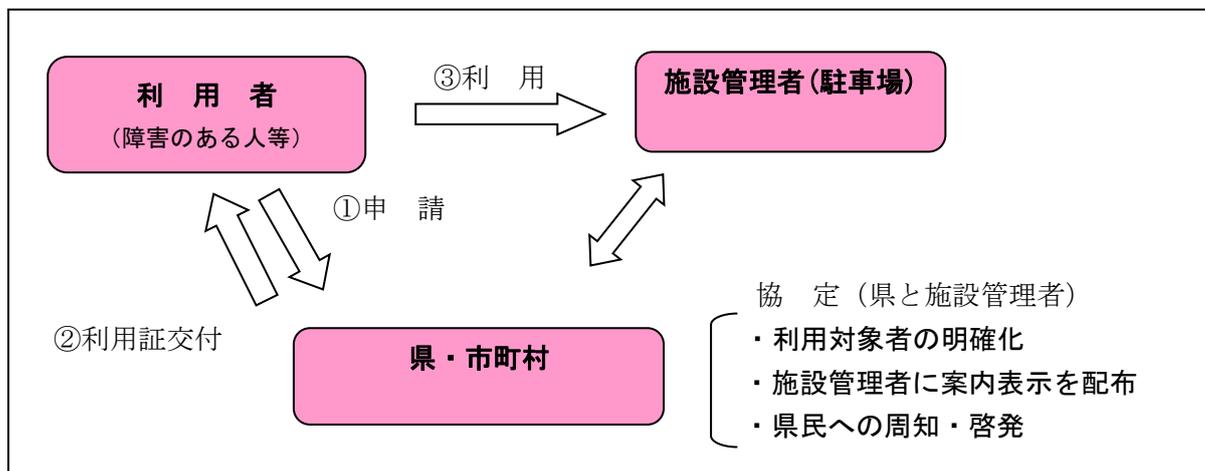
スマホ：NTT ドコモ（ハートィ割引）、au（スマイルハート割引）、ソフトバンク（ハートフレンド割引）の基本使用料等の割引

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のいずれかの交付を受けている者。詳しくは各電話会社にお問い合わせください。

8 「ほっとパーキングおかやま」 駐車場利用証制度

(1) 制度の概要

身体障害者等用駐車場を利用できる方を明確にし、その対象者に専用の利用証を交付する一方、県と協定を結んだ施設に駐車スペースを確保し、利用証を交付された方がそのスペースを優先して利用できるよう、身体障害者等用駐車場の適正利用を図る制度



▼利用証掲示例(車内に掲示)



▼駐車場案内表示例



(2) 交付対象者

ア 交付対象者及び有効期間

交付対象者		有効期間
身体等に障害のある方で歩行が困難な方		対象でなくなるまで
高齢、難病等により歩行が困難な方		
一時的に歩行が困難な方	けがをされている方	車いす・杖などの使用期間 (最長1年以内)
	妊産婦(産後は乳幼児同乗の場合のみ)	単胎: 妊娠7ヶ月～産後2年 多胎: 妊娠5ヶ月～産後3年
	その他	5年以内

* 交付対象者の詳細は 227 頁を参照してください。

(3) 協定施設及び内容

ア 対象施設

身体障害者等用駐車場を有する施設のうち、県と協定を結んだ施設

イ 協定内容

- (ア) 対象施設であることが分かるよう、案内標示(ステッカー掲示)をすること。
- (イ) 利用証を表示していない車両が駐車しないよう適切な管理に努めること。
- (ウ) 十分な駐車スペースを確保するため、現有の身体障害者等用駐車場に加え、幅 2.5 m以上の出入口に近い駐車場についても当該制度の「駐車スペース」としての確保に努めること。

(4) 利用証交付方法

交付窓口（県庁、県民局、保健所、身体・知的障害者更生相談所、市町村）に申請し、原則として、即日交付される。

(5) 利用証の全国相互利用について（平成 24 年 4 月 1 日開始）

これまで、同様の制度を導入している中国・四国地方各県との間で利用証の相互利用を実施してきたが、平成 24 年 4 月 1 日から全国での相互利用へと拡大した。

これにより、相互利用に参加する自治体（令和 7 年 4 月 1 日現在 43 府県）でそれぞれ交付された利用証は、当該自治体におけるすべての協力施設で利用できるようになった。

<相互利用に参加する府県>

利用できる施設については、各府県のホームページ等でご確認ください。

(中国地方) 鳥取県、島根県、広島県、山口県、岡山県、

(四国地方) 徳島県、香川県、愛媛県、高知県

(東北地方) 岩手県、山形県、福島県、秋田県、宮城県

(関東地方) 茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、埼玉県、神奈川県

(中部地方) 新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、静岡県、長野県、岐阜県

(近畿地方) 三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県

(九州地方) 福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

「ほっとパーキングおかやま」 駐車場利用証交付対象者

以下の基準に該当する方で、歩行が困難な方

○ 身体障害のある方

区 分		等 級
視覚障害		1・2・3・4級
聴覚又は平衡機能障害	聴覚障害	該当なし
	平衡機能障害	3・5級
音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害		該当なし
肢体不自由	上肢	1・2級
	下肢	1・2・3・4・5・6級
	体幹	1・2・3・5級
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能	1・2級
	移動機能	1・2・3・4・5・6級
心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害	心臓機能障害	1・3・4級
	じん臓機能障害	1・3・4級
	呼吸機能障害	1・3・4級
	ぼうこう又は直腸の機能障害	1・3・4級
	小腸機能障害	1・3・4級
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	1・2・3・4級
	肝臓機能障害	1・2・3・4級

- 知的障害のある方 療育手帳の障害程度欄「A」
- 精神障害のある方 精神障害者保健福祉手帳の等級が「1級」
- 高齢者 介護保険被保険者証の要介護状態区分が「要介護1～5」
- 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、小児慢性特定疾病医療受給者証
- けが人 車いす、杖等の使用が必要であると認められる方
- 妊産婦 単胎児で、妊娠7か月から産後2年までの方又は多胎児で、妊娠5か月から産後3年までの方（いずれも、産後は乳幼児同乗の場合のみ）
- その他 診断書等により、駐車場の利用に配慮が必要と認められる方

第4部

関連事項

第1章 精神障害者保健福祉手帳

1 対象者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条）

精神障害者保健福祉手帳は、長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある精神障害者（知的障害者を除く）を対象としている。

=memo=

療育手帳所持者に対する精神障害者保健福祉手帳の交付について
療育手帳を有する知的障害者が、知的障害以外の精神疾患を併せて有しており、その精神障害により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条で定める状態であると認めるときは、精神障害者保健福祉手帳の交付対象となるものであると解される。
平成21年2月9日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

2 障害等級

障害等級は障害の程度により1～3級まであり、精神疾患の状態と生活能力障害の状態から判定される。

3 有効期間

2年（更新手続きが必要で、更新は有効期間の3か月前から申請可能）

4 申請窓口

窓口は居住地の市町村（申請時に診断書、写真などが必要）

5 利用できるサービス

- (1) 税の控除：所得税、住民税、自動車税等
- (2) 各種公共施設等の利用料金
- (3) バス運賃割引：写真が貼付された精神障害者保健福祉手帳の所持者
- (4) 航空旅客運賃割引（国内線）：写真が貼付された精神障害者保健福祉手帳の所持者
- (5) JR各社の運賃割引：写真が貼付された精神障害者保健福祉手帳の所持者
- (6) 携帯電話割引サービス等

* 問い合わせ先及び相談機関

岡山県精神保健福祉センター（メンタルセンター岡山） 岡山市北区厚生町3-3-1
・電話(086)201-0442（支援事務科：障害者手帳に関する問い合わせ）
・電話(086)201-0850（相談科：相談窓口）

（岡山市居住者は）

岡山市こころの健康センター（精神保健福祉センター） 岡山市北区鹿田町1-1-1
・電話(086)803-1273
・申請窓口は各保健センター

第2章 関連する障害

1 発達障害

発達障害者支援法では、発達障害を「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義している。

* 相談機関

様々な相談機関や医療機関で相談に応じているが、発達障害者専門の相談機関として、発達障害者支援センターが設置されている。

- おかやま発達障害者支援センター 岡山市北区祇園 866 電話 (086)275-9277
- // 県北支所 津山市山下 53 電話 (0868)22-1717
(美作県民局第1庁舎内)

2 高次脳機能障害

行政的な診断基準（国立障害者リハビリテーションセンター）では、脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されていること（MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる）、かつ、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が認知障害である等と診断を受けた者。

ただし、受傷あるいは発症以前から有する症状や先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患は除くこととなっている。

* 相談機関

高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関

- 川崎医科大学附属病院リハビリテーションセンター
倉敷市松島 577 電話 (086)462-1111 (代表)
- 社会福祉法人旭川荘
岡山市北区平田 407 電話 (086)245-7361

3 医療的ケア児

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のことをいう。その状態は、寝たきりの重症心身障害児から、話すこと、歩くことができる状態まで様々である。

令和3年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に基づき、岡山県では、令和4年4月1日に岡山県医療的ケア児支援センターを設置し、相談対応や情報提供、助言等により、医療的ケア児及びその家族等に対する支援を行っている。

* 岡山県医療的ケア児支援センター

岡山市北区祇園 866

旭川荘療育・医療センター 4号棟 1階 地域療育センター内
電話 (086)275-4518

ホームページ <https://www.okayama-icare.com/>



* 岡山県内で医療的ケア児の受入が可能な障害児・障害者事業所等の一覧
岡山県ホームページ トップページ →組織で探す →子ども・福祉部 →障害福祉課
→医療的ケア児の受入に関する調査（令和6年8月現在）
（ <https://www.pref.okayama.jp/page/746349.html> ）

* 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者所属事業所一覧
岡山県ホームページ トップページ →組織で探す →子ども・福祉部 →障害福祉課
→医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者所属事業所一覧
（ <https://www.pref.okayama.jp/page/644051.html> ）

第3章 岡山県難聴児補聴器交付事業実施要領

1 目的

身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児に対して、補聴器（補聴援助システムを含む。以下同じ。）の購入（製作を含む。以下同じ。）に要する費用の一部を助成することにより、難聴児の健全な発達を支援し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

2 定義

この要領において、「補聴器購入費等」とは、新たに補聴器を購入する経費又は耐用年数経過後に補聴器を更新する経費をいう。

3 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（政令市を除く。）とする。

4 交付対象児

本事業における補聴器購入費等の助成を受けることができるのは、岡山県内（政令市を除く。）に住所を有する者で、両耳の聴力レベルが30dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならない18歳未満の難聴児（以下「交付対象児」という。）

ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30dB未満であっても対象とする。

また、補聴援助システムについては、就学以降又は6か月以内に就学予定の交付対象児で、教育・生活上等の諸条件に基づき必要と認められる場合に交付できるものとする。

5 助成額

市町村は補聴器購入費等の3分の2を限度に助成し、県は、市町村に対し、その助成した額の2分の1以内を補助する。（県・市町村・本人負担：各1/3）

6 助成基準額

市町村が助成する補聴器購入費等は、補聴器の機種に応じ別表に定める1台当たりの基準価格を限度額とする。

7 交付申請

助成金の交付を希望する交付対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、次に掲げる書類を添えて、市町村長に交付申請するものとする。

- (1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。）第59条第1項の規定による指定医療機関の医師が、対象児の聴力検査を実施し交付した意見書
- (2) 身体障害者手帳の交付の対象となる可能性のある難聴児については、身体障害者手帳交付に係る却下決定通知書（写）

(3) 意見書の処方に基づき、認定補聴器専門店（財団法人テクノエイド協会認定）が作成した見積書

8 交付決定

市町村長は、7に定める交付申請の内容を審査し、助成金の交付又は却下を決定する。

この場合において、市町村長は、県身体障害者更生相談所が行う補聴器の構造及び機能等に関する技術的な意見の内容を踏まえ、助成金交付の可否を決定するものとする。

9 補聴器の購入

申請者は、交付決定後速やかに、認定補聴器専門店において、補聴器を購入するものとする。

10 助成金の請求及び支払い

市町村長は、申請者の請求に基づき、内容を審査し、別表に掲げる基準価格の3分の2（10円単位切り捨て。）を上限として、助成金を支給するものとする。

11 県補助金交付

知事は、別に定める補助金交付要綱により、予算の範囲内で、10により市町村が助成した額の2分の1を補助するものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

別表

補聴器の種類	1台当たりの 基準価格(円)	基準価格 に含まれるもの	耐用 年数
軽度・中等度難聴用 ポケット型	53,500	①補聴器本体 (電池を含む。) ②イヤモールド 注1) イヤモールドを必要 としない場合は、基準価格 から9,500円を除く。 注2) 乳幼児用の場合は基 準価格に5,800円を加算で きる。	原則 として 5年
軽度・中等度難聴用 耳かけ型	55,900		
高度難聴用ポケット 型	53,500		
高度難聴用耳かけ型	55,900		
重度難聴用ポケット 型	68,500		
重度難聴用耳かけ型	80,700		
耳あな型 (レディメイド)	92,000	①補聴器本体 (電池を含む。)	
耳あな型 (オーダーメイド)	144,900		
骨導式ポケット型	74,100	①補聴器本体 (電池を含む。) ②骨導レシーバー ③ヘッドバンド	
骨導式眼鏡型	134,500	①補聴器本体 (電池を含む。) ②平面レンズ	
骨導式カチューシャ 型(注3)	220,000	①補聴器本体 (電池を含む。)	
軟骨伝導補聴器(注 3)	185,000	①補聴器本体 (電池を含む。)	

(注3) 骨導式カチューシャ型及び軟骨伝導補聴器については、難聴児の障害の現症や生活環境その他真にやむを得ない事情により、他の補聴器では対応できない場合に限る。

補聴援助システムの 種類	1台当たりの 基準価格(円)	基準価格に 含まれるもの	耐用 年数
送信機	135,400	充電電池を含む。	原則 として 5年
受信機	97,300		
オーディオシュー	5,250		

※ 補聴援助システムの電波方式は限定しない。(FM型・デジタル型とも補助対象とする。)

第4章 福祉サービス利用申込及び情報提供に係る取扱要領

平成25年4月1日 一部改正

平成26年4月1日 一部改正

令和5年4月1日 一部改正

1 目的

障害福祉サービスの利用希望者（以下「利用希望者」という。）が、ニーズに沿ったサービス選択を適切かつ円滑に行えるように各障害福祉サービス事業所の利用及び待機の状況について情報提供を行う。

2 対象サービス

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく次の障害福祉サービス事業所（以下「事業所」という。）を対象とする。

介護給付：生活介護、施設入所支援、

訓練等給付：自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助

3 利用希望者に関する事務の流れ

- (1) 市町村は、障害福祉サービスの利用希望について申込があった場合は、本取扱いの趣旨を説明し、利用希望の事業所毎に利用申込連絡票（様式1）（以下「連絡票」という。）を作成の上、利用希望者に交付する。
- (2) 利用希望者は、連絡票を示して希望する事業所に利用の申込を行う。
- (3) 事業所は、利用希望者から連絡票の提示と事業所が自ら定める事業の利用申込があった場合は、その日を利用申込日として、写しを市町村に送付したうえ、利用申込受付名簿（様式2）を作成し管理する。利用希望者が利用待機となる場合及び正当な理由をもってサービス提供を拒む場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、市町村へ連絡する。
また、利用希望者から事業所に直接、問い合わせや利用申込があった場合は、市町村へ申し込みに行くように連絡すること。
- (4) 市町村は、利用希望者が自ら申し込んだ事業所のサービスが利用可能な場合はすみやかに支給決定の手続きを行う。利用希望者が複数の事業所に利用申込をしている場合で、重複して他の障害福祉サービスを利用しないことが明らかな場合は、利用しない見込みの事業所に連絡するものとする。また、事業所から利用待機となる旨連絡があった場合は、利用希望者に対し市町村の設置する協議会に諮る等必要な相談支援及び障害福祉サービス利用の調整を実施する。
- (5) 事業所は、市町村及び利用希望者から利用待機順位についての問い合わせがあった場合には、誠実に対応するものとする。

4 利用及び待機状況の報告及び情報提供

- (1) 事業所は、毎月10日までに当該月初日の利用及び待機状況について、障害福祉サービス利用・待機状況報告書（様式3）（以下「報告書」という。）により管轄の県民局へ送付する。
- (2) 県民局は、事業所から送付のあった報告書を取りまとめ、すみやかに県福祉相談センター障害者相談課（身体障害者・知的障害者更生相談所、以下「更生相談所」という。）に送付する。
- (3) 更生相談所は、情報を整理し保存するとともに、当該情報に基づきホームページ等により、広く情報提供する。

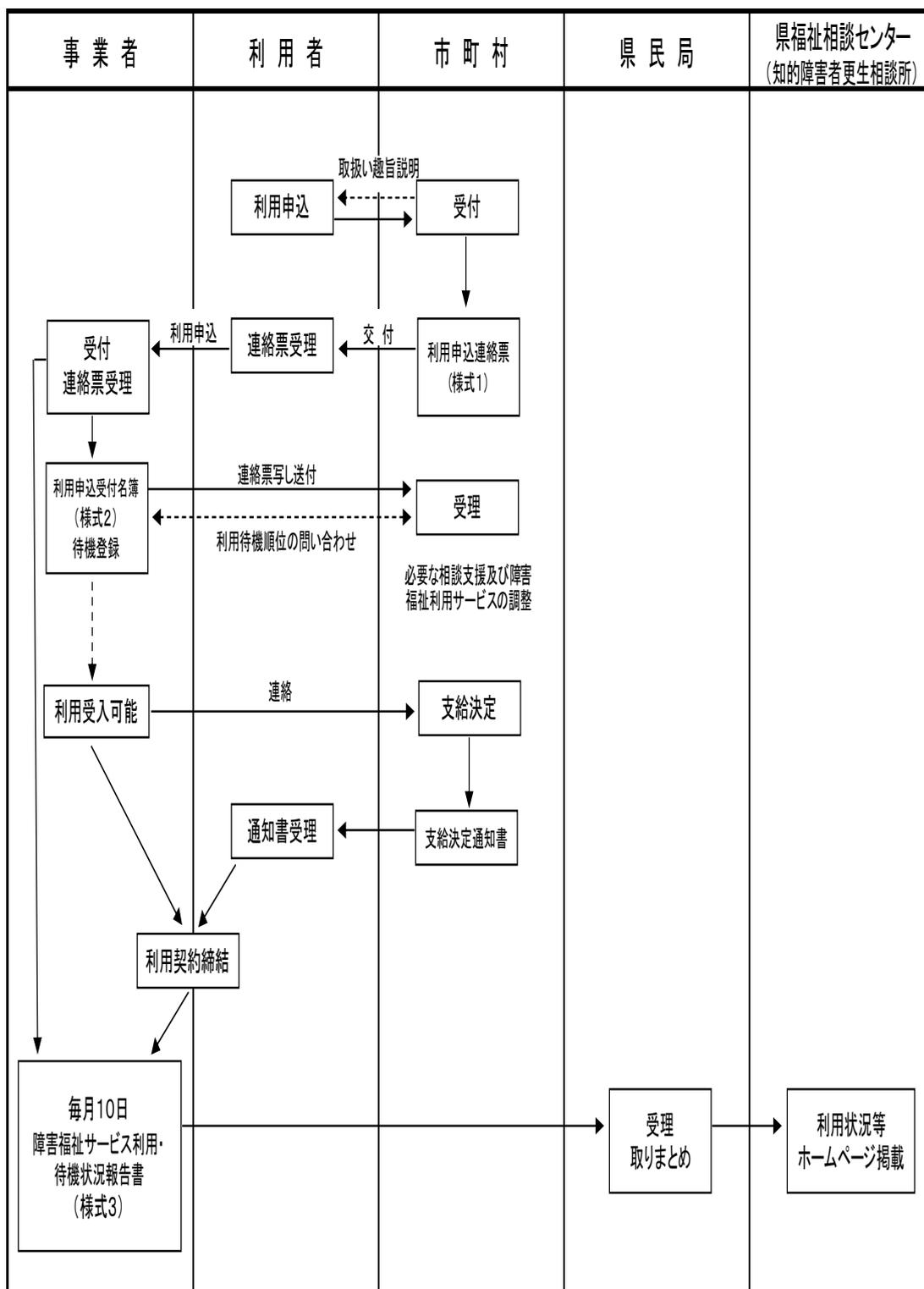
5 準用

県外からの利用希望者についても本要領による取り扱いを準用するものである。

6 その他

本要領は、平成19年6月1日より適用する。

障害福祉サービス利用申込・情報提供に係る事務の流れ



第5章 療養介護及び医療型障害児入所施設の利用申込及び情報提供に係る取扱要領

平成25年4月1日一部改正

令和5年4月1日一部改正

1 目的

療養介護（障害者総合支援法）及び医療型障害児入所施設（児童福祉法）の利用希望者（以下「利用希望者」という。）の、サービス選択等に資するため、施設利用申込等の手順を示すとともに、施設の利用状況や待機状況等についての情報の収集及び提供を行うものである。

※平成24年4月1日施行の児童福祉法の一部改正により、重症心身障害児施設・肢体不自由児施設が年齢に応じ、「療養介護」（原則18歳以上の者）と「医療型入所支援」（18歳未満の者）の2つサービスを一体的に運用することとされたため、要領を別途制定するものである。

2 対象サービス（施設）

療養介護（障害者総合支援法）と医療型障害児入所施設（児童福祉法）

【旧重症心身障害児施設、旧肢体不自由児施設】

3 利用希望者に関する事務の流れ

(1) 利用申込連絡票の交付

① 療養介護（18歳以上）の場合

市町村は、療養介護の利用希望があった場合は、療養介護サービスの対象者であるか否かの確認を行い（確認方法については別添参照）、当該サービスの利用が適切と認める場合は、本取扱いの趣旨を説明し、利用希望の事業所毎に利用申込連絡票（様式1）（以下「連絡票」という。）を作成の上、利用希望者に交付する。

② 医療型障害児入所施設（18歳未満）の場合

児童相談所は、医療型障害児入所施設の利用希望があり、施設利用が適切と認める場合は、本取扱いの趣旨を説明し、利用希望の事業所毎に利用申込連絡票（様式1）（以下「連絡票」という。）を作成の上、利用希望者に交付する。

※①、②ともに施設が連絡票を受け付けた時点で利用待機者になることを説明する。

(2) 利用希望者は、連絡票を示して希望する事業所に利用の申込を行う。（複数の事業所への申込も可能）

(3) 事業所は、利用申込を受け付けた場合、その日を利用申込日として、写しを当該児童相談所又は市町村（以下「児童相談所等」という。）に送付したうえ、利用申込受付名簿（様式2）を作成し管理する。

また、事業所は、利用申込を受け付けた場合、待機者の名簿を一元的に管理する観点から、中央児童相談所へも、様式1の写しを送付するものとする。

(4) 児童相談所等は、利用希望者が自ら申し込んだ事業所のサービスが利用可能な場合はすみやかに支給（給付）決定の手続きを行う。利用希望者が複数の事業所に利用申込をしている場合は、利用しない見込みの事業所に連絡するものとする。

(5) 事業所は、児童相談所等及び利用希望者から利用待機順位についての問い合わせがあった場合には、誠実に対応するものとする。

4 利用及び待機状況の報告及び情報提供

(1) 待機状況の変更の報告等

児童相談所等は、利用者が事業所利用の申込を取り下げたとき、又は、複数の事業所の待機となっている場合で、事業所の利用を開始するなど、待機状況の変化があったときは、必要事項を連絡票（様式 1）に記入し、写しを該当事業所へ送付する。

また、待機状況の変化を事業所が先に把握をした場合はすみやかに児童相談所等に報告する。

※状況が変化した場合は、上記 3（3）同様、変化した内容を事業所から中央児童相談所へ報告する。

(2) 入退所の報告等

①事業所は、利用者の入退所等に伴う利用契約を締結・変更した場合、利用契約の締結日及び終了日など利用契約内容について、その都度、入退所報告書（様式 3）を作成し、支給（給付）決定を行っている児童相談所等に送付する。

②給付決定を行っている児童相談所は、入退所報告書の写しを関係市町村（市は福祉事務所、町村については町村及び県民局とする。）に送付する。

(3)事業所は、毎月、入退所及び待機者報告書（様式 4）を作成し、翌月 5 日までに、中央児童相談所に送付する。

(4)中央児童相談所は、利用状況や待機情報等についてホームページに掲載し、広く県民に情報を提供する。

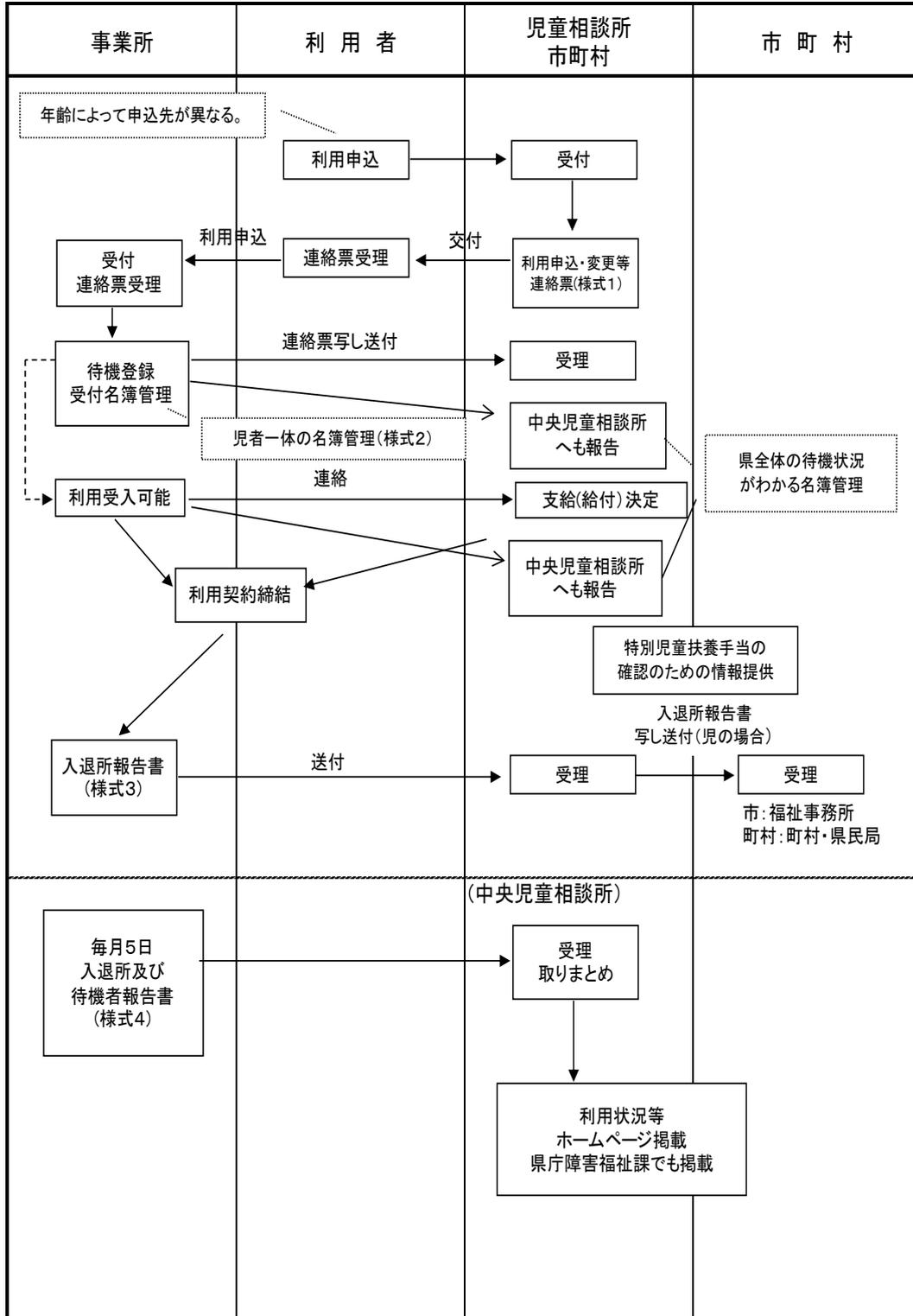
5 準用

県外からの利用希望者についても本要領による取り扱いを準用するものである。

6 その他

本要領は、平成 24 年 4 月 1 日より適用する。

医療型障害児入所施設・療養介護一体型事業所の 利用状況等情報提供等に係る事務の流れ



(参考) 平成 24 年 4 月 1 日以降の重症心身障害者の判断指針について

平成 24 年 11 月 13 日
(平成 26 年 9 月 29 日改正)

平成 24 年 4 月 1 日に施行された児童福祉法の改正により、18 歳以上の障害者については、原則として障害福祉サービスを利用することとなりました。

この改正に伴い「重症心身障害児施設」については、平成 24 年 4 月 1 日以降、「医療型障害児入所施設」として再編され、この施設への入所を希望する 18 歳以上の重症心身障害者（加齢児）については、障害者自立支援法（平成 25 年 4 月から障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）のサービスである「療養介護」サービスを利用することとなりました。

この制度改正に伴い、療養介護等の利用申込及び情報提供に係る取扱要領を別途作成したところですが、市町村において新たに重症心身障害者の判断をする必要が生じたため、そのための判断指針を次のとおり作成しましたので、御活用ください。

(療養介護以外についても、短期入所、施設入所支援を利用する場合は、報酬に影響が生じるため重症心身障害者であるか否かを確認し、受給者証に記載する必要があります。)

記

1 18 歳未満で重症心身障害児の判定を受けている者

18 歳未満の重症心身障害児は、児童相談所で判定を行うため、過去に判定を受けている者については、重症心身障害者に該当するものとして判断してください。

2 18 歳以上の重症心身障害者の判断について（18 歳を超えて新たに判断を要する場合）

平成 23 年度までは、児童相談所運営指針の中で、「重症心身障害者の判定については、児童相談所が知的障害者更生相談所の協力を得て行う。」とされていました。この背景としては、重症心身障害児施設に 18 歳以上の障害者（いわゆる加齢児）が入所する場合は、県（児童相談所）が給付決定を行うこととされていたため、給付決定プロセスの中で、必然的に児童相談所が関与していた状況があったと思われます。しかしながら、平成 24 年 4 月の法改正により、重症心身障害者については、実施主体が県（児童相談所）から市町村へ変更となり、児童相談所運営指針も改正され、療養介護など障害福祉サービスを利用する場合の重症心身障害者の判断は、市町村が担うこととなりました。

判断に当たっては、次の点を参考にしてください。

■ 重症心身障害者の定義

法律上「重症心身障害者」の定義は定められていませんが、児童福祉法第 7 条第 2 項に「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童」が「重症心身障害児」と規定されています。

したがって、「重症心身障害者」についても「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している障害者」が該当するものと考えます。

■ 本県における重症心身障害者に該当する者の判断基準

重症心身障害者の定義は上記のとおりであり、重症心身障害に該当するか否かの判断は、「大島の分類」を用いることが多いですが、重症心身障害者の判断に当たっては、次の点を考慮し、判断してください。

① 重度の知的障害であること

～ 療育手帳の障害程度が最重度又は重度に該当する「A」であること。ただし、知

的障害の程度が中度に該当し、身体障害1～3級の合併により「A」（重度）と判定されている者を除きます。

なお、市町村で把握ができない場合は、知的障害者更生相談所に問い合わせ、確認してください。

② 重度の肢体不自由であること

～ 身体障害者手帳（肢体不自由）1・2級に該当する者であること。（肢体不自由以外の身体障害との合算により1・2級となっている場合は除き、肢体（体幹及び四肢）に重度の障害があるものを対象とする。）

③ 歩行が困難であること

～ 障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」が、「全面的な支援が必要」に該当する者であること。

※ その他の判断の要素として、障害支援区分の認定に必要な医師意見書において、本人の状態（特に身体）について詳細に記載してもらうなどし、判断の参考とすること。

○参考：大島の分類とは

東京都立府中療育センター元院長大島一良氏が発表した重症心身障害児の区分。分類表の1～4までを重症心身障害児として定義している。

						知能(IQ)
						80
	21	22	23	24	25	70 境界
	20	13	14	15	16	50 軽度
	19	12	7	8	9	35 中度
	18	11	6	3	4	20 重度
	17	10	5	2	1	最重度
運動機能	走れる	歩ける	歩行障害	坐れる	寝たきり	

(参考) 重症心身障害者の障害福祉サービス支給決定に当たっての留意点について

平成 24 年 11 月 13 日

(平成 26 年 9 月 29 日改正)

1 療養介護の利用希望者があった場合の事務の流れ

① 障害支援区分の認定調査を行い、対象者か否かの判断をする。

※療養介護の利用対象者は、医療を要する障害者であって常時介護を要するものとされており、次に該当する者。

ア：筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等気管切開を行う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分が 6 の者

イ：筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害支援区分が 5 以上の者

→ 上記ア、イの該当者については→下記⑤へ

なお、過去に重症心身障害児との判定を受けている者についての確認は、児童相談所へ問い合わせてください。

→ 過去に重症心身障害の判定を受けていない者については、重症心身障害に該当するか判断が必要です。→下記②へ

② 判定を受けていない場合、まずは、「療育手帳・身体障害者手帳」の障害程度・等級を確認する。

・療育手帳を取得していない場合

～ 知的障害者更生相談所で知的障害について判定し、重度の知的障害（A）に該当するか確認する。

・身体障害者手帳（肢体不自由）を所持していない場合

～ 身体障害者手帳の申請をしてもらい、重度の肢体不自由（1・2級）に該当するか確認する。

③ 重度の知的障害（A）かつ重度の肢体不自由（1・2級）に該当することが確認できた場合は、認定調査項目のうち「歩行」が、「全面的な支援が必要」に該当するか確認する。

④ 上記②、③に加え、医師の意見書等の記載事項を参考に、市町村において重症心身障害者であるか否かの判断を行う。

⑤ 支給要否決定にあたっては、必要に応じ、市町村審査会等の意見を聴くことも可能。

⑥ 上記の手続きを経て療養介護の利用対象者と判断した場合は、事業所への待機登録の手続きを進める。

2 短期入所及び施設入所支援の利用希望者について

・短期入所及び施設入所支援の利用者について、上記 1 の流れを参考に、重症心身障害者であると判断した場合は、事務処理要領に基づき受給者証に記入してください。

第6章 関係行政機関一覧

1 県民局健康福祉部

機関名	所在地	所管区域	電話番号
備前県民局 健康福祉部 福祉振興課	〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17	玉野市 備前市 瀬戸内市 赤磐市 和気町 吉備中央町	(086)272-4029
備中県民局 健康福祉部 福祉振興課	〒710-8530 倉敷市羽島1083	倉敷市 笠岡市 井原市 総社市 高梁市 新見市 浅口市 早島町 里庄町 矢掛町	(086)434-7056
美作県民局 健康福祉部 福祉振興課	〒708-0051 津山市椿高下114	津山市 真庭市 美作市 新庄村 鏡野町 勝央町 奈義町 西粟倉村 久米南町 美咲町	(0868)23-1298

2 県所管児童相談所

機関名	所在地	所管区域	電話番号
中央児童相談所	〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1	玉野市 備前市 瀬戸内市 赤磐市 和気町 吉備中央町	(086)235-4152
倉敷児童相談所	〒710-0052 倉敷市美和1-14-31	倉敷市 総社市 早島町	(086)421-0991
倉敷児童相談所 井笠相談室	〒714-8502 笠岡市六番町2-5	笠岡市 井原市 浅口市 里庄町 矢掛町	(0865)69-1680
倉敷児童相談所 高梁分室	〒716-8585 高梁市落合町近似286-1	高梁市	(0866)21-2833
倉敷児童相談所 高梁分室新見相談室	〒718-8550 新見市高尾2400	新見市	(0866)21-2833
津山児童相談所	〒708-0004 津山市山北288-1	津山市 真庭市 美作市 新庄村 鏡野町 勝央町 奈義町 西粟倉村 久米南町 美咲町	(0868)23-5131

3 福祉事務所、市町村福祉相談窓口（身体障害・知的障害）

	機関名	所在地	電話番号
倉敷市	倉敷市倉敷社会福祉事務所	〒710-8565 倉敷市西中新田 640	(086)426-3305
	倉敷市水島社会福祉事務所	〒712-8565 倉敷市水島北幸町 1-1	(086)446-1114
	倉敷市児島社会福祉事務所	〒711-8565 倉敷市児島小川町 3681-3	(086)473-1119
	倉敷市玉島社会福祉事務所	〒713-8565 倉敷市玉島阿賀崎 1-1-1	(086)522-8118
	倉敷市玉島福祉事務所 真備保健福祉課	〒710-1398 倉敷市真備町箭田 1141-1	(086)698-5113
津山市	津山市社会福祉事務所	〒708-8501 津山市山北 520	(0868)32-2067
玉野市	玉野市社会福祉事務所	〒706-8510 玉野市宇野 1-27-1	(0863)32-5556
笠岡市	笠岡市社会福祉事務所	〒714-8601 笠岡市中央町 1-1	(0865)69-2133
井原市	井原市社会福祉事務所	〒715-8601 井原市井原町 311-1	(0866)62-9518
総社市	総社市社会福祉事務所	〒719-1192 総社市中央 1-1-1	(0866)92-8269
高梁市	高梁市社会福祉事務所	〒716-8501 高梁市松原通 2043	(0866)21-0284
新見市	新見市社会福祉事務所	〒718-8501 新見市新見 310-3	(0867)72-6126
備前市	備前市福祉事務所	〒705-8602 備前市東片上 126	(0869)64-1824
瀬戸内市	瀬戸内市福祉事務所	〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張 300-1	(0869)24-8847
赤磐市	赤磐市社会福祉事務所	〒709-0898 赤磐市下市 344	(086)955-1115
真庭市	真庭市福祉事務所	〒719-3292 真庭市久世 2927-2	(0867)42-1581
美作市	美作市福祉事務所	〒707-8501 美作市栄町 38 番地 2	(0868)75-3913
浅口市	浅口市福祉事務所	〒719-0243 浅口市鴨方町鴨方 2244-26	(0865)44-7007
和気町	和気町役場 健康福祉課	〒709-0495 和気郡和気町尺所 555	(0869)93-3681
早島町	早島町役場 健康福祉課	〒701-0303 都窪郡早島町前潟 360-1	(086)482-2483

機関名		所在地	電話番号
里庄町	里庄町役場 健康福祉課	〒719-0398 浅口郡里庄町里見 1107-2	(0865)64-7232
矢掛町	矢掛町役場 福祉介護課	〒714-1297 小田郡矢掛町矢掛 3018	(0866)82-1026
新庄村	新庄村福祉事務所	〒717-0201 真庭郡新庄村 2008-1	(0867)56-2646
勝央町	勝央町役場 健康福祉部 (勝央町総合保健福祉センター内)	〒709-4334 勝田郡勝央町平 242-1	(0868)38-7102
奈義町	奈義町役場 こども・長寿課 (奈義町保健相談センター内)	〒708-1323 勝田郡奈義町豊沢 327-1	(0868)36-6700
西栗倉村	西栗倉村福祉事務所	〒707-0503 英田郡西栗倉村影石 33-1	(0868)79-2233
久米南町	久米南町役場 保健福祉課	〒709-3614 久米郡久米南町下弓削 502-1	(086)728-4411
美咲町	美咲町役場 福祉しあわせ課	〒709-3717 久米郡美咲町原田 1735 *令和7年5月11日以降は 久米郡美咲町原田 2144-1	(0868)66-1129
吉備中央町	吉備中央町役場 福祉課	〒716-1192 加賀郡吉備中央町豊野 1-2	(0866)54-1317

4 岡山市（政令都市：岡山市は別に障害者更生相談所や児童相談所等を設置）

機関名	所在地	電話番号
岡山市障害者更生相談所	〒700-8546 岡山市北区鹿田町 1-1-1 (保健福祉会館内)	身体障害係 (086)803-1248 知的障害係 (086)803-1247
岡山市こども総合相談所	同上	(086)803-2525
岡山市障害福祉課	同上	(086)803-1235
岡山市北区中央福祉事務所	同上	(086)803-1209
岡山市北区北福祉事務所	〒700-0071 岡山市北区谷万成2-6-33	(086)251-6530
岡山市中区福祉事務所	〒703-8566 岡山市中区赤坂本町11-47	(086)901-1231
岡山市東区福祉事務所	〒704-8116 岡山市東区西大寺中2-16-33	(086)944-1822
岡山市南区西福祉事務所	〒701-0205 岡山市南区妹尾 880-1	(086)281-9620
岡山市南区南福祉事務所	〒702-8021 岡山市南区福田 690-1	(086)230-0321

5 年金事務所

機 関 名	所 在 地	電 話 番 号
岡山東年金事務所	〒703-8533 岡山市中区国富 228	(086)270-7925
岡山西年金事務所	〒700-8572 岡山市北区昭和町 12-7	(086)214-2163
倉敷東年金事務所	〒710-8567 倉敷市老松町 3-14-22	(086)423-6150
倉敷西年金事務所	〒713-8555 倉敷市玉島 1952-1	(086)523-6395
津山年金事務所	〒708-8504 津山市田町 112-5	(0868)31-2360
高梁年金事務所	〒716-8668 高梁市旭町 1393-5	(0866)21-0570

6 公共職業安定所（ハローワーク）

機関名	所在地	電話番号
岡山公共職業安定所	〒700-0971 岡山市北区野田 1-1-20	(086)241-3222
津山公共職業安定所	〒708-8609 津山市山下 9-6	(0868)22-8341
津山公共職業安定所 美作出張所	〒707-0041 美作市林野 67-2	(0868)72-1351
倉敷中央公共職業安定所	〒710-0834 倉敷市笹沖 1378-1	(086)424-3333
倉敷中央公共職業安定所 総社出張所	〒719-1131 総社市中央 3-15-111	(0866)92-6001
倉敷中央公共職業安定所 児島出張所	〒711-0912 倉敷市児島小川町 3672-16	(086)473-2411
玉野公共職業安定所	〒706-0002 玉野市築港 2-23-12	(0863)31-1555
和気公共職業安定所	〒709-0451 和気郡和気町和気 481-10	(0869)93-1191
和気公共職業安定所 備前出張所	〒705-0022 備前市東片上 227	(0869)64-2340
高梁公共職業安定所	〒716-0047 高梁市段町 1004-13	(0866)22-2291
高梁公共職業安定所 新見出張所	〒718-0003 新見市高尾 2379-1	(0867)72-3151
笠岡公共職業安定所	〒714-0081 笠岡市笠岡 5891	(0865)62-2147
西大寺公共職業安定所	〒764-8116 岡山市東区西大寺中 1-13-35 NTT 西日本西大寺ビル	(086)942-3212