

## 6. 補装具・日常生活用具

### 補装具費の支給

身体上の障がいを補うための用具（補装具）の購入や修理に要する費用を支給します。ただし、一定以上の所得がある世帯は助成対象外となります。

補装具の種類により必要書類が異なりますので、**必ず事前にご相談ください。**

※介護保険の要介護認定の対象となる方は、介護保険の給付が優先されます。

※車椅子、義肢、装具は巡回相談（交付・修理申請のための相談会）があります。

#### ●対象者

- ・身体障害者手帳をお持ちの方
- ・難病患者の方 等

#### ●補装具の種類

障がい種別	補装具の種類（例）
視覚障がい者（児）	視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡
聴覚障がい者（児）	補聴器、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理のみ）
肢体不自由者（児）	義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、歩行器、歩行補助つえ（T字状・棒状のものを除く）
肢体不自由者（児）および音声・言語機能障がい者（児）	重度障害者用意思伝達装置
内部障がい者	車椅子、電動車椅子
肢体不自由児	起立保持具、排便補助具

#### ●利用者負担額

原則として費用の1割が自己負担。ただし所得に応じた負担上限額があります。

所得区分	世帯収入の状況	負担上限額（月額）
生活保護	生活保護の方	0円
低所得	市民税非課税世帯の方	0円
一般	市民税課税世帯の方	37,200円

#### ●申請に必要なもの

- ①身体障害者手帳
- ②医師の意見書
- ③見積書
- ④課税（非課税）証明書（大仙市で課税状況が確認できない方のみ）

**【問い合わせ先】** 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）

## 難聴児補聴器購入費の助成

身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中度等の難聴児に対し、補聴器購入や修理に要する費用の一部を助成します。所得に応じて負担の上限額が決められています。

所得の低い方については利用者負担が無料となります。

※身体障害者手帳の交付を受けている方は、補装具費の支給制度が優先されます。

### ●対象者

一側耳の聴力レベルが原則として30dB以上であって、手帳の交付対象とならない児童。ただし、医師が必要と認めた場合、30dB未満についても対象となります。

### ●利用者負担額

原則として、費用の1割が自己負担。

ただし、「電池交換費、附属品の単体での購入費」は全額自己負担になります。

### ●補聴器の種類

名称	価格に含まれるもの
軽度・中度難聴用ポケット型	①補聴器本体（電池含む）
軽度・中度難聴用耳かけ型	②イヤモールド
高度難聴用ポケット型・耳かけ型	（イヤモールドを必要としない場合は、基準となる価格から9,500円を除く）
重度難聴用ポケット型・耳かけ型	
耳あな型（レディメイド）	
耳あな型（オーダーメイド）	①補聴器本体（電池含む）
骨導式ポケット型	①補聴器本体（電池含む）②骨導レシーバー ③ヘッドバンド
骨導式眼鏡型	①補聴器本体（電池含む） ②平面レンズ （平面レンズを必要としない場合は、基準となる価格から1枚につき3,800円を除く）
軟骨伝導補聴器 （障がいの現症、生活環境その他真にやむを得ない事由により、他の補聴器で対応できない場合に限る。）	①補聴器本体（電池含む）
補聴援助システム （一側耳の聴力レベルが50dB以上の障がい児に限る。）	①受信機 ②ワイヤレスマイク（電池含む） ③オーディオシュー

### ●申請に必要なもの

- ①医師の意見書 ②見積書
- ③課税（非課税）証明書（大仙市で課税状況が確認できない方のみ）

**【問い合わせ先】** 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）

## 軽度・中等度難聴者補聴器購入費の助成

身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中度等の難聴者に対し、補聴器購入費用の一部を助成します。

※身体障害者手帳の交付を受けている方は、補装具費の支給制度が優先されます。

※申請以前に購入した補聴器については助成の対象となりませんので、購入する前に申請してください。

### ●対象者・・・市内に住所を有し、次のいずれにも該当する方

- ・18歳以上の方
- ・両耳の聴力レベルが原則として30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならない方
- ・医師に補聴器の装用が特に必要と判断された方
- ・市税の滞納がない方
- ・当該助成金の交付を5年間受けていない方

### ●対象となる補聴器

管理医療機器として認定された製品で、言語聴覚士または認定補聴器技能者が調整し適合状態が確認された補聴器

### ●助成額

補聴器購入費の2分の1（最大5万円）

※補聴器購入費には、補聴器本体のほか、付属品を含みます。ただし、修理、部品の交換及び調整等の費用は含みません。

【問い合わせ先】 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）

## 電子白杖購入費の助成

視覚障がい者用の電子白杖を購入する際の費用を助成します。（所得制限あり）

購入前にご相談ください。

### ●対象者

- ・大仙市内に住所を有する方
- ・身体障害者手帳の視覚障がい1級、2級の方

### ●申請に必要なもの

- ①身体障害者手帳 ②見積書
- ③課税（非課税）証明書（大仙市で課税状況が確認できない方のみ）

【問い合わせ先】 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）

## 日常生活用具の給付

障がいのある方や難病患者の方の日常生活の利便を図るため、日常生活用具を給付します。ただし、一定以上の所得がある世帯は対象外となります。

**必ず事前にご相談ください。**

※介護保険の要介護認定等の対象となる方は、介護保険の給付が優先されます。

### ●利用者負担額

原則として費用の1割は自己負担。ただし世帯の所得状況や用具の品目によって異なります。

### ●基準額

それぞれの品目について給付対象となる基準額が決まっていますので、事前にお問い合わせください。

### ●申請に必要なもの

- ①障害者手帳 ②見積書
- ③課税（非課税）証明書（大仙市で課税状況が確認できない方のみ）

**【問い合わせ先】** 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）

●日常生活用具給付品目一覧

区 分	等 級	品 目
視覚	1・2	視覚障がい者用ポータブルレコーダー
		盲人用時計（触読式、音声式）
		点字タイプライター
		電磁調理器
		盲人用体温計（音声式）
		盲人用体重計
		歩行時間延長信号機用小型送信機
		視覚障がい者用活字文書読上げ装置
		点字ディスプレイ
		点字器（標準型、携帯型）
	-	点字図書
		視覚障がい者用拡大式読書器
		暗所視支援眼鏡
視覚・上肢	1・2	情報・通信支援用具
聴覚	2	聴覚障がい者用屋内信号装置
	-	聴覚障がい者用情報受信装置
聴覚・音声・言語	-	聴覚障がい者用通信装置
	1・2	福祉電話（貸与）
音声・言語・肢体	-	携帯用会話補助装置
平衡・下肢・体幹	-	移動・移乗支援用具
		頭部保護帽
	1・2・3	T字・棒状のつえ
上肢	1・2	特殊便器
下肢・体幹	1・2	便器
		特殊寝台
		入浴担架
		体位変換器
		移動用リフト
		訓練いす
	訓練用ベッド	
	1	特殊マット（失禁・汚染防止用、褥瘡防止用）
特殊尿器		
-	入浴補助用具	
下肢・体幹 ほか	1・2・3	居宅生活動作補助用具
喉頭摘出者	-	人工喉頭（電動式）
		人工鼻
じん臓	1・3	透析液加温器
ぼうこう	-	収尿器（男性用、女性用）
ぼうこう又は直腸	-	ストマ用装具（消化器系、尿路系）
ぼうこう又は直腸 ほか	重度（※1）	紙おむつ等

区 分	等 級	品 目
呼吸器	1・3	ネブライザー（吸入器）
		たん吸引器（電気式、足踏み式・手動式）
	－	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
その他	－	非常用電源等（発電機・蓄電池・DC/ACインバーターのいずれか1種）
	1・2	酸素ボンベ運搬車
		火災警報器 自動消火器
重度知的	A	頭部保護帽、特殊マット、特殊便器、火災警報器、自動消火器、電磁調理器、紙おむつ等
精神（てんかん）	－	頭部保護帽

（※1） おおむね3歳未満で発症した脳性麻痺等により、四肢または体幹に機能障がいのある者（児）または、療育手帳を所持し、常時おむつの使用が必要な障がい児など

### 【居宅生活動作補助用具（1回限り、20万円限度）】

#### ●内容

手すりの取り付け、段差の解消、滑り防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更、引き戸等への扉の取替え、洋式便器への取替え

#### ●対象者

下肢、体幹または乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい（移動機能障がいに限る）を有する障がい3級以上（特殊便器の取替えは上肢2級以上）

## 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付

在宅の小児慢性特定疾病児童の日常生活を支援するため、日常生活用具の給付を行います。購入前に必ずご相談ください。

#### ●対象品目

便器	特殊尿器	紫外線カットクリーム
特殊マット	体位変換器	ネブライザー（吸入器）
特殊便器	車椅子	パルスオキシメーター
特殊寝台	頭部保護帽	ストーマ装具（消化器系、尿路系）
歩行支援用具	電気式たん吸引器	人工鼻
入浴補助用具	クールバスト	チューブ型包帯

#### ●利用者負担額

世帯の所得に応じた負担額があります。

#### ●申請に必要なもの

- ・小児慢性特定疾病医療受給者証

【問い合わせ先】 社会福祉課障がい者支援班 TEL:0187-63-1111  
各支所市民サービス課（50ページ）