

## 浜松市日常生活用具費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第77条第1項第6号の規定に基づき、障害者等に対し、自立生活支援用具等の日常生活用具（以下「用具」という。）の購入に要する費用（以下「用具費」という。）の一部を助成することにより日常生活の便宜を図り、もって、福祉の増進に資することを目的とする。

### (用具の種目及び助成の対象者)

第2条 助成の対象となる用具の種目は、別表に掲げる内容とし、その対象者は、浜松市に住所を有し、在宅で次の各号のいずれかに該当するもので、同表の「対象者」欄に掲げる者とする。

- (1) 身体障害者手帳又は療育手帳を有する者
  - (2) 法第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（以下「難病患者等」という。）のうち、在宅で療養が可能な程度に症状が安定していると医師によって判断されている者
- 2 次の各号の用具は、浜松市が法第19条に基づき支給決定をしている施設入所者等についても、助成の対象とすることができる。
- (1) 排泄管理支援用具
  - (2) 頭部保護帽
  - (3) 携帯用会話補助装置
  - (4) 情報・通信支援用具
  - (5) 人工喉頭
- 3 用具費の助成を受けようとする者（18歳未満の障害児にあつてはその保護者）（以下「申請者」という。）又はその属する世帯の他の世帯員（18歳以上の障害者である場合にあつてはその配偶者に限る。）のうち、用具の申請のあつた月の属する年度（用具の申請のあつた月が4月から6月までの間である場合においては、その前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割の額が46万円以上であるときは、助成対象外とする。
- 4 第1項の規定にかかわらず、法における住所地特例の適用を受け、他市町村より援護を受けている者については、助成対象外とする。

### (助成の制限)

第3条 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく施策により給付等を受けることができる用具については、同法による給付等を優先するものとする。

ただし、40歳以上65歳未満の介護保険の被保険者でない者で、生活保護を受給している者については、日常生活用具を助成して差し支えないものとする。

- 2 対象者が、法第5条第10項に規定する施設入所支援又は同条第15項に規定する共同生活援助を行う住居その他これらに類する住居として市長が認める住居（以下「施設等」という。）に入居又は入所している場合、施設等で設備すべき備品及び施設等で具備している用具については、助成対象外とする。

（助成の申請）

第4条 申請者は、日常生活用具費助成申請書（第1号様式その1～5）により申請するものとする。

- 2 既に助成を受けている用具と同一の品目（点字図書、排泄管理支援用具、居宅生活動作補助用具を除く。）の申請については、前回の決定日より別表の「耐用年数」欄に規定する期間を経過していない場合は、原則として助成対象外とする。ただし、当該期間を経過する前に、修理不能により用具の使用が困難となった場合は、この限りではない。
- 3 難病患者等は、難病患者等診断書（第2号様式）及びその他必要と認める書類を添えて市長に申請しなければならない。この場合において、対象者が現に難病患者等居宅生活支援事業によるサービスを受けており、症状等の確認が可能であるときは、難病患者等診断書の提出は不要とする。

（助成の決定）

第5条 市長は、助成の申請があった場合は、必要な調査及び審査を行い、調査書（第3号様式）を作成し、適否を決定しなければならない。

- 2 助成が適当であると認めた場合にあつては、申請者に対し日常生活用具費助成決定通知書（第4号様式）を、日常生活用具を納入する業者（以下「業者」という。）に対し日常生活用具費助成券（第5号様式）（以下「助成券」という。）、及び日常生活用具費助成決定のお知らせ（第6号様式）を交付するものとする。

- 3 助成が適当でないと認めた場合にあつては、申請者に対し日常生活用具費助成却下決定通知書（第7号様式）を交付するものとする。

- 4 市長は、申請の手続きの利便を考慮し、排泄管理支援用具、人工内耳用電池（ボタン電池）及び人工喉頭（埋込型用人工鼻）については、次のとおり助成券を一括交付することができるものとする。

- （1）暦月を単位として2ヶ月ごとに助成券1枚を交付することができる。
- （2）別表の限度額（月額）の範囲内で、1ヶ月に必要とする用具に相当する額の2倍（2ヶ月分）の額を助成券1枚に記載して交付することができる。
- （3）助成券は、申請1回につき3枚（半年分）まで一括交付することができる。

- 5 前項に規定する用具の助成券の有効期限は、当該助成券の助成対象年月の当月末とする。

（助成額）

第6条 助成の額は、用具費の額（別表に定める限度額までとする。以下同じ。）の10分の9に相当する額（以下「助成額」という。）とする。ただし、点字図書にあっては、当該点字図書の購入費から出版施設が発行する証明書に記載された一般図書購入価格相当額を控除した額とする。

2 同一の月に係る用具費の額から助成額を控除して得た額が、法76条に基づく補装具費による世帯における月額上限額（以下「上限額」という。）を超える場合は、当該用具費の額から上限額を控除して得た額を助成する。

なお、所得区分及び利用者負担上限月額は別表のとおりとする。

（助成額の支払等）

第7条 用具費の助成は、業者が助成券を添付して市長に請求した内容を市長が審査し、適当と認めた場合に助成額を業者に支払うことにより行うものとする。

（返還等）

第8条 用具費の助成を受けた者は、当該用具を助成の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付し、又は担保に供してはならない。

2 市長は、前項に違反した場合と認めるときは、当該助成に要した費用の一部または全額を返還させることができる。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、なお当分の間使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、なお当分の間使用することができる。

別表

利用者負担額（第6条関係）

所得区分	負担上限月額
生活保護	0円
低所得	0円
一般1	37,200円
一般2	日常生活用具費助成対象外

備考

- 1 所得区分のうち生活保護の対象は、助成対象者の属する世帯が生活保護世帯である場合であるものとする。
- 2 所得区分のうち低所得の対象は、助成対象者の属する世帯が市民税非課税世帯であつて、かつ、用具の申請のあつた月の属する年度（用具の申請のあつた月が4月から6月までの間の場合は前年度）において世帯の市民税を課税されない者であるものとする。
- 3 所得区分のうち一般の対象は、助成対象者の属する世帯が市民税課税世帯であつて、かつ、用具の申請のあつた月の属する年度（用具の申請のあつた月が4月から6月までの間の場合は前年度）において世帯の最多納税額者の市民税額（所得割）46万円未満を一般1、46万円以上を一般2とする。
- 4 世帯の範囲は障害者とその配偶者の所得が対象となる。  
なお、障害児日常生活用具費助成の場合は、当該児童の保護者の所得が対象となる。

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
介護・訓練支援用具	特殊寝台	下肢又は体幹機能障害2級以上難病患者等にあつては、寝たきりの状態にある者	—	腕、脚等の訓練のできる器具（サイドレール等）を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度の調整ができる機能を有するもの	154,000	8年
	特殊マット	下肢又は体幹機能障害1級（常時介護を要する者に限る）難病患者等にあつては、寝たきりの状態にある者	下肢又は体幹機能障害2級以上で原則として3歳以上のもの難病患者等にあつては、寝たきりの状態にあるもの	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止するためマット（寝具）にビニール等の加工をしたもの	60,000	5年
	特殊尿器	下肢又は体幹機能障害1級（常時介護を要する者に限る）難病患者等にあつては、自力で排尿できない者	下肢又は体幹機能障害1級（常時介護を要するもので原則として学齢児以上のもの）難病患者等にあつては、自力で排尿できないもの	尿が自動的に吸引されるもので、障害者（児）等又は介助者が容易に使用し得るもの	67,000	5年
	入浴担架	下肢若しくは体幹機能障害2級以上（入浴に当たって、家族等他人の介助を要する者に限る）又は同程度の障害を有する難病患者等	下肢若しくは体幹機能障害2級以上（入浴に当たって、家族等他人の介助を要するもので原則として3歳以上のもの）又は同程度の障害を有する難病患者等	障害者（児）等を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの	82,400	5年
	体位変換器	下肢又は体幹機能障害2級以上（下着交換等に当たって、家族等他人の介助を要する者に限る）難病患者等にあつては、寝たきりの状態にある者	下肢又は体幹機能障害2級以上（下着交換等に当たって、家族等他人の介助を要するもので、原則として学齢児以上のもの）難病患者等にあつては、寝たきりの状態にあるもの	（障害者等）介助者が障害者等の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの （障害児等）障害児等又は介助者が容易に使用し得るもの	15,000	5年
	移動用リフト	下肢又は体幹機能障害2級以上難病患者等にあつては、下肢又は体幹機能に障害のある者	下肢又は体幹機能障害2級以上で原則として3歳以上のもの難病患者等にあつては、下肢又は体幹機能に障害のあるもの	介助者が重度身体障害者（児）等を移動させるに当たって、容易に使用し得るもの ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く	159,000	4年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
介護・ 訓練 支援 用具	訓練いす	—	下肢若しくは体幹機能障害2級以上で原則として3歳以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	原則として付属のテーブルをつけることができるものとする	33,100	5年
	訓練用ベッド	—	下肢又は体幹機能障害2級以上で原則として学齢児以上のもの難病患者等にあつては、下肢又は体幹機能に障害のあるもの	腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの	159,200	8年
自立生活 支援 用具	入浴補助用具	下肢又は体幹機能障害者であつて、入浴に介助を要する者 難病患者等にあつては、入浴に介助を要する者	下肢又は体幹機能障害児であつて、入浴に介助を要するもので原則として3歳以上のもの 難病患者等にあつては、入浴に介助を要するもの	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障害者（児）等又は介助者が容易に使用し得るもの ただし、設置にあたり住宅改修を伴うものを除く	70,000	5年
	便器	下肢又は体幹機能障害2級以上 難病患者等にあつては、常時介護を要する者	下肢又は体幹機能障害2級以上 で原則として学齢児以上のもの 難病患者等にあつては、常時介護を要するもの	障害者（児）等が容易に使用し得るもの（手すりをつけることができる） ただし、取り替えに当たり住宅改修を伴うものを除く	9,850	8年
	頭部保護帽	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、必要と認められる者又は同程度の障害を有する 難病患者等	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、必要と認められるもの又は同程度の障害を有する 難病患者等	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの	12,160	3年
	T字状・棒状 のつえ	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、必要と認められる者又は同程度の障害を有する 難病患者等	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、必要と認められるもの又は同程度の障害を有する 難病患者等	障害者（児）等が容易に使用し得るもの	3,000	3年

別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
自立生活支援用具	移動・移乗支援用具	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、家庭内の移動等において介助を必要とする者又は同程度の障害を有する難病患者等	平衡機能、下肢若しくは体幹機能障害を有し、家庭内の移動等において介助を要するものであって、原則として3歳以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	概ね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること ア 障害者（児）等の身体機能の状態を十分踏まえたもので必要な強度と安全性を有するもの イ 転倒防止、立ち上がり動作補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具とする ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く	60,000	8年
	温水洗浄便座	上肢障害2級以上 難病患者等にあつては、上肢機能に障害のある者	上肢障害2級以上であつて、原則として学齢児以上のもの 難病患者等にあつては、上肢機能に障害のあるもの	取替式の便座（便器一体型を除く）であつて、乾燥機能を有するもの。ただし、取り替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。また、新築等の理由による用具の設置については助成対象としない。	151,200	8年
	火災警報器	次のいずれかに該当する者 (1) 視覚障害2級以上 (2) 聴覚障害2級以上 (3) 下肢又は体幹機能障害2級以上 (4) 難病患者等にあつては、(1) から(3) のいずれかと同程度の障害を有する者 (火災発生の感知または避難が著しく困難な障害者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る)	次のいずれかに該当するもの (1) 視覚障害2級以上 (2) 聴覚障害2級以上 (3) 下肢又は体幹機能障害2級以上 (4) 難病患者等にあつては、(1) から(3) のいずれかと同程度の障害を有するもの (火災発生の感知または避難が著しく困難な障害者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る)	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの	(聴覚障害者用) 15,500 (その他) 7,000	8年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
自立生活 支 援 用 具	自動消火器	火災発生の感知及び避難が著しく困難な者であって、次のいずれかに該当する者 (1) 視覚障害2級以上 (2) 聴覚障害2級以上 (3) 下肢又は体幹機能障害2級以上 (4) 難病患者等	火災発生の感知及び避難が著しく困難なものであって、次のいずれかに該当するもの (1) 視覚障害2級以上 (2) 聴覚障害2級以上 (3) 下肢又は体幹機能障害2級以上 (4) 難病患者等	室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの	28,700	8年
	電磁調理器 (卓上式)	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等(視覚障害者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る。)	—	視覚障害者等が容易に使用し得るもの	41,000	6年
	歩行時間延長 信号機用小型 送信機 (カード型送 信機を含む)	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上であって原則として学齢児以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害者(児)等が容易に使用し得るもの	7,000	10年
	聴覚障害者用 屋内信号装置	聴覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	—	音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるもの	87,400	10年
	視覚障害者用 音声ICタグ レコーダー	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上で原則として学齢児以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	取り付けたICタグからその物品等の名称や情報を音声にて再生が可能な製品であって、視覚障害者(児)等が容易に使用し得るもの	59,800	6年



## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
自立生活支援用具	障害者用防災ベスト	障害等級4級以上又は同程度の障害を有する難病患者等で地震発災時の安全確保が困難若しくは避難が著しく困難な者	障害等級4級以上又は同程度の障害を有する難病患者等で地震発災時の安全確保が困難若しくは避難が著しく困難なもの	災害発生時、避難中に障害等の有無を明示できるもの	5,000	—
在宅療養等支援用具	透析液加温器	腎臓機能障害3級以上で自己連続携行式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う者又は同程度の障害を有する難病患者等	腎臓機能障害3級以上であって原則として3歳以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	透析液を加温し、一定温度に保つもの	51,500	5年
	ネブライザー (吸入器)	次のいずれかに該当する者 (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害者(ただし、加齢かつ廃用性症候群で気管切開をした等の理由により用具を必要とする者は除く。) (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のある者又は在宅で人工呼吸器を使用している者	次のいずれかに該当するもの (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害児 (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のあるもの又は在宅で人工呼吸器を使用しているもの	障害者(児)等又は介助者が容易に使用し得るもの	36,000	5年
	電気式たん吸引器	次のいずれかに該当する者 (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害者(ただし、加齢かつ廃用性症候群で気管切開をした等の理由により用具を必要とする者は除く。) (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のある者又は在宅で人工呼吸器を使用している者	次のいずれかに該当するもの (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害児 (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のあるもの又は在宅で人工呼吸器を使用しているもの	障害者(児)等又は介助者が容易に使用し得るもの	56,400	5年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
在宅療養等 支援用具	吸引器・ネブライザー両用器	次のいずれかに該当する者 (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害者(ただし、加齢かつ廃用性症候群で気管切開した等の理由により用具を必要とする者は除く) (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のある者又は在宅で人工呼吸器を使用している者	次のいずれかに該当するもの (1) 呼吸器機能障害3級以上 (2) 在宅で人工呼吸器を使用している身体障害児 (3) 難病患者等にあつては、呼吸器機能に障害のあるもの又は在宅で人工呼吸器を使用しているもの	障害者(児)等が容易に使用し得るもの	69,000	5年
	酸素ボンベ運搬車	呼吸器機能障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であつて、医療保険における在宅酸素療法を行う者	—	障害者等が容易に使用し得るもの	17,000	10年
	視覚障害者用体温計(音声式)	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害者(児)等が容易に使用し得るもの	9,000	5年
	視覚障害者用体重計	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	—	視覚障害者等が容易に使用し得るもの	18,000	5年
	視覚障害者用血圧計(音声式)	視覚障害2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等	—	視覚障害者等が容易に使用し得るもの	15,000	5年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用年数
		18歳以上	18歳未満			
在宅療養等支援用具	パルスオキシメーター	呼吸器機能障害、心臓機能障害若しくは同程度の障害を有する者であって、在宅酸素療法を行なっている又は人工呼吸器を装着している者（呼吸器又は心臓機能障害以外の場合は医師が必要と認めた者） 難病患者等にあつては、在宅酸素療法を行っている又は人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸器機能障害、心臓機能障害若しくは同程度の障害を有するものであつて、在宅酸素療法を行なっている又は人工呼吸器を装着しているもの（呼吸器又は心臓機能障害以外の場合は医師が必要と認めたもの） 難病患者等にあつては、在宅酸素療法を行っている又は人工呼吸器の装着が必要なもの	脈拍数と経皮的動脈血酸素飽和度を測定でき、障害者等が容易に使用できるもの 難病患者等にあつては、真に必要と認める場合に限り、呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有するもので、難病患者等が容易に使用できるもの	42,000  呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有するもの： 157,500	5年
情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	音声機能若しくは言語機能障害者又は肢体不自由者であつて、発声・発語に著しい障害を有する者又は同程度の障害を有する難病患者等	音声機能若しくは言語機能障害児又は肢体不自由児であつて、発声・発語に著しい障害を有するもので原則として学齢児以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等	携帯式で、ことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障害者（児）等が容易に使用し得るもの	98,800	5年
	情報・通信支援用具	上肢障害2級以上若しくは視覚障害2級以上であつて、必要と認められる者又は同程度の障害を有する難病患者等	上肢障害2級以上若しくは視覚障害2級以上であつて、必要と認められるもの又は同程度の障害を有する難病患者等	パーソナルコンピュータ、タブレット端末又はスマートフォンを使用するにあたり障害特性に応じて必要となる周辺機器又はソフト等であつて、障害者（児）等が容易に使用し得るもの	150,000	4年
	点字ディスプレイ	視覚障害2級以上であつて、必要と認められる者又は同程度の障害を有する難病患者等	—	文字等のコンピュータ、タブレット端末又はスマートフォンの画面情報を点字等により示すことのできるもの	383,500	6年
	点字器	点字による情報の入手が必要である視覚障害者又は同程度の障害を有する難病患者等	点字による情報の入手が必要である視覚障害児又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害者（児）等が容易に使用し得るもの	10,400	5年
	点字タイプライター	視覚障害2級以上であつて、点字による情報の入手が必要である者又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上であつて、点字による情報の入手が必要であるもの又は同程度の障害を有する難病患者等	視覚障害者（児）等が容易に使用し得るもの	63,100	5年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
情報・ 意思疎通 支援用具	視覚障害者用 ポータブルレ コーダー	視覚障害2級以上又は同程度の 障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上で原則として 学齢児以上のもの又は同程度の 障害を有する難病患者等	音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式による録音並びに当該方式により記録された図書の再生が可能な製品であつて、視覚障害者（児）等が容易に使用し得るもの	85,000	6年
	視覚障害者用 活字文書読上 げ装置	視覚障害2級以上又は同程度の 障害を有する難病患者等	視覚障害2級以上で原則として 学齢児以上のもの又は同程度の 障害を有する難病患者等	文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報を読み取り音声信号に変換して出力する機能を有するもので視覚障害者（児）等が容易に使用し得るもの	99,800	6年
	視覚障害者用 読書器 (据置型・携帯型)	視覚障害者であつて、本装置に より読書が可能になる者又は同 程度の障害を有する難病患者等	視覚障害児であつて、本装置に より読書が可能になるもので、 原則として学齢児以上のもの又 は同程度の障害を有する難病患 者等	画像入力装置を読みたいもの（印刷物等）の上に置くことで、拡大された画像（文字等）をモニターに映し出せるもの又は撮像した活字を文字として認識し、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障害児等が容易に使用できるもの	198,000	8年
	視覚障害者用 小型拡大読書 器 (携帯型電子ルーペ)	視覚障害者であつて、本装置に より文字等を読むことが可能に なる者又は同程度の障害を有す る難病患者等	視覚障害児であつて、本装置に より文字等を読むことが可能に なるもので、原則として学齢児 以上のもの又は同程度の障害を 有する難病患者等	読みたいもの（印刷物等）の上に置くことで、簡単に拡大された画像を表示できるもので、容易に持ち運びのできるもの	29,800	5年
	視覚障害者用 時計	視覚障害2級以上又は同程度の 障害を有する難病患者等	—	視覚障害者等が容易に使用し得るもの	13,300	5年

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
情報・意思疎通支援用具	聴覚障害者用印字型通信装置	聴覚障害者若しくは発声・発語に著しい障害を有する者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる者又は同程度の障害を有する難病患者等（ただし、ファクシミリ（電話一体型含む）については、対象となる障害者等のみの世帯及びこれに準じる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る。）	聴覚障害児若しくは発声・発語に著しい障害を有するものであって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められるもので、原則として学齢児以上のもの又は同程度の障害を有する難病患者等（ただし、ファクシミリ（電話一体型含む）については、対象となる障害者等のみの世帯及びこれに準じる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る。）	一般の電話に接続することができ、音声の代わりに文字等により通信が可能な機器であり、障害者（児）等が容易に使用し得るもの	25,000	5年
	聴覚障害者用情報受信装置	聴覚障害者であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる者又は同程度の障害を有する難病患者等	聴覚障害児であって、本装置によりテレビの視聴が可能になるもの又は同程度の障害を有する難病患者等	字幕及び手話通訳付きの聴覚障害者用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ災害時の聴覚障害者向け緊急信号を受信するもので、聴覚障害者（児）等が容易に使用し得るもの	88,900	6年
	人工喉頭 (電気式喉頭)	音声機能若しくは言語機能障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であって、喉頭摘出をした者又は発声筋麻痺等により音声を発することが困難な者で本装置により発声が可能になる者	音声機能若しくは言語機能障害児又は同程度の障害を有する難病患者等であって、喉頭摘出をしたもの又は発声筋麻痺等により音声を発することが困難なもので本装置により発声が可能になるもの	顎下部等にあてた電動板を駆動させ経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの	70,100	5年
	埋込型人工喉頭 用人工鼻	音声機能若しくは言語機能障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であって、喉頭摘出をした者又は発声筋麻痺等により音声を発することが困難な者で本装置により発声が可能になる者	音声機能若しくは言語機能障害児又は同程度の障害を有する難病患者等であって、喉頭摘出をしたもの又は発声筋麻痺等により音声を発することが困難なもので本装置により発声が可能になるもの	気管孔に取り付けることで発声が可能となり、容易に使用し得るもの	23,760	—

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
情報・意思疎通支援用具	点字図書	主に、情報の入手を点字によっている視覚障害者又は同程度の障害を有する難病患者等（助成は年間6タイトル又は24巻を限度とする。ただし、辞書等一括して購入しなければならないものを除く。）	主に、情報の入手を点字によっている視覚障害児又は同程度の障害を有する難病患者等（助成は年間6タイトル又は24巻を限度とする。ただし、辞書等一括して購入しなければならないものを除く。）	点字により作成された図書	市長が必要と認めた額	—
	人工内耳体外機	聴覚障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であって、現に人工内耳を装用している者（ただし、医療保険が適用される場合を除く。）	聴覚障害児又は同程度の障害を有する難病患者等であって、現に人工内耳を装用しているもの（ただし、医療保険が適用される場合を除く。）	人工内耳用音声信号処理装置及び人工内耳用ヘッドセットであって、現に装用している人工内耳体外機が5年以上経過しているもの	200,000	5年
	人工内耳用電池	聴覚障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であって、現に人工内耳を装用している者	聴覚障害児又は同程度の障害を有する難病患者等であって、現に人工内耳を装用しているもの	人工内耳用電池等で、次のア又はイのいずれかとする。 ア 人工内耳用ボタン電池 イ 人工内耳用充電器及び充電池	ボタン電池： 月額2,500 充電器：28,080 充電池：17,280	充電器：3年 充電池：1年
排泄管理支援用具	ストマ装具（消化器系）	ストマ造設者（「紙おむつ等」の助成決定を受けた者は本品目の助成を受けることはできない）	ストマ造設者（「紙おむつ等」の助成決定を受けたものは本品目の助成を受けることはできない）	障害者（児）等又は介助者が容易に使用し得るもの	8,600	—
	ストマ装具（尿路系）	ストマ造設者（「紙おむつ等」の助成決定を受けた者は本品目の助成を受けることはできない）	ストマ造設者（「紙おむつ等」の助成決定を受けたものは本品目の助成を受けることはできない）	障害者（児）等又は介助者が容易に使用し得るもの	11,300	—
	収尿器	ぼうこう機能障害又は脊椎損傷等を原因とする肢体不自由者であって高度の排尿機能障害のある者又は同程度の障害を有する難病患者等	ぼうこう機能障害又は脊椎損傷等を原因とする肢体不自由児であって高度の排尿機能障害のあるもの又は同程度の障害を有する難病患者等	障害者（児）等又は介助者が容易に使用し得るもの	8,500	—

別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用 年数
		18歳以上	18歳未満			
排泄 管理 支 援 用 具	紙おむつ等 (紙おむつ、 洗腸用具、サ ラシ・ガーゼ 等衛生用品)	次のいずれかに該当する者 (1) ぼうこう機能障害若しくは直腸機能障害者又は同程度の障害を有する難病患者等であって、次の(ア)～(ウ)のいずれかに該当する者 (ア) 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の著しい皮膚のびらん、ストマの変形のためストマ装具を装着できない者 (イ) 二分脊椎等先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害若しくは高度の排便機能障害のある者又は同程度の障害を有する難病患者等 (ウ) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者又は同程度の障害を有する難病患者等  (2) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害(注1)により排尿もしくは排便の意思表示が困難な者又は同程度の障害を有する難病患者等で、現在及び将来に渡って紙おむつ以外での対応が困難な者  (「ストマ装具(消化器系)」または「ストマ装具(尿路系)」の助成決定を受けた者は本品目の助成を受けることはできない)	次のいずれかに該当するもので、原則として3歳以上のもの (1) ぼうこう機能障害若しくは直腸機能障害児又は同程度の障害を有する難病患者等であって、次の(ア)～(ウ)のいずれかに該当するもの (ア) 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の著しい皮膚のびらん、ストマの変形のためストマ装具を装着できないもの (イ) 二分脊椎等先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害若しくは高度の排便機能障害のあるもの又は同程度の障害を有する難病患者等 (ウ) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のあるもの又は同程度の障害を有する難病患者等  (2) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害(注1)により排尿もしくは排便の意思表示が困難なもの又は同程度の障害を有する難病患者等で、現在及び将来に渡って紙おむつ以外での対応が困難なもの  (「ストマ装具(消化器系)」または「ストマ装具(尿路系)」の助成決定を受けたものは本品目の助成を受けることはできない)	障害者(児)等又は介助者が容易に使用し得るもの	12,000	—

## 別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用年数
		18歳以上	18歳未満			
住宅改修費	居宅生活動作補助用具	<p>下肢、体幹機能障害又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）3級以上の者</p> <p>難病患者等にあつては、下肢又は体幹機能に障害のある者</p> <p>（1）同一の助成対象者につき原則1回の助成とする</p> <p>（2）上記（1）の改修後なお下肢、体幹機能障害、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）の障害程度が変化したことにより障害等級変更を行いかつ再度住宅改修が必要と認められる場合は、新たに限度額の範囲内で助成できるものとする。</p>	<p>下肢、体幹機能障害又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）3級以上のもので、原則として学齢児以上のもの</p> <p>難病患者等にあつては、下肢又は体幹機能に障害のあるもの</p> <p>（1）同一の助成対象者につき原則1回の助成とする</p> <p>（2）上記（1）の改修後なお下肢、体幹機能障害、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る）の障害程度が変化したことにより障害等級変更を行いかつ再度住宅改修が必要と認められる場合は、新たに限度額の範囲内で助成できるものとする。</p>	<p>障害者（児）等の移動等を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの</p> <p>（1）手すりの取付け</p> <p>（2）床段差の解消</p> <p>（3）滑り防止及び移動の円滑化等のための床材の変更</p> <p>（4）引き戸等への扉の取替え</p> <p>（5）洋式便器等への便器の取替え</p> <p>（6）玄関から道路までの通路部分などの屋外における住宅改修</p> <p>（7）その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修</p>	200,000	—
防災支援用具	防災ベッドフレーム	<p>障害等級2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等であつて、常に就床を要すると市長が認める者（昭和56年5月31日以前に建築した木造住宅又は同日において工事中であつた木造住宅で、耐震評点が1.0未満のものに居住する者に限る）</p>	<p>障害等級2級以上又は同程度の障害を有する難病患者等であつて、常に就床を要すると市長が認めるもの（昭和56年5月31日以前に建築した木造住宅又は同日において工事中であつた木造住宅で、耐震評点が1.0未満のものに居住するものに限る）</p>	<p>家屋倒壊時に就床者を保護する空間を確保する寝台付属品で、積載荷重5トン以上の性能を有するもの</p>	82,000	—



別表

身体障害者・児、難病患者等						
種目	品目	対象者		性能	限度額 (円)	耐用年数
		18歳以上	18歳未満			
防災支援用具	発動発電機、人工呼吸器用外部バッテリー	呼吸器機能障害者又は難病患者等であって、在宅で人工呼吸器、吸引器、酸素濃縮器等電気式の医療機器を使用している者	呼吸器機能障害児又は難病患者等であって、在宅で人工呼吸器、吸引器、酸素濃縮器等電気式の医療機器を使用しているもの	介助者が容易に使用し得るもの	初回(発電機、バッテリー): 200,000  再助成(バッテリーのみ): 100,000	発電機:— バッテリー:5年
	情報機器	聴覚障害者、視覚障害者若しくは盲ろう者又は同程度の障害を有する難病患者等	聴覚障害児、視覚障害児若しくは盲ろう児又は同程度の障害を有する難病患者等	障害者(児)等が容易に使用し得るもの 用具例:テレビが聞けるラジオ・腕時計型受信機	150,000	—

## 別表

知的障害者・児					
種目	品目	対象者	性能	限度額 (円)	耐用 年数
介 護 ・ 訓 練 支 援 用 具	特殊マット	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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度である者（療育手帳A）で、原則として3歳以上のもの	失禁等による汚染又は損耗を防止するためマット（寝具）にビニール等の加工をしたもの	60,000	5年
	自 立 生 活 支 援 用 具	頭部保護帽	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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度である者（療育手帳A）で、てんかんの発作等により頻繁に転倒するもの	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの	12,160
温水洗浄便座		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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度（療育手帳A）であり訓練を行なっても自ら排便後の処理が困難な者で、原則として学齢児以上のもの	取替式の便座（便器一体型を除く）であって、乾燥機能を有するもの。ただし、取り替えに当たり住宅改修を伴うものを除く また、新築等の理由による用具設置の場合については助成対象としない。	151,200	8年
火災警報器		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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度（療育手帳A）であって、火災発生の感知及び避難が著しく困難なもの（当該者の世帯が単身世帯及びこれに準ずる世帯で、かつ、市民税非課税世帯に限る）	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの	7,000	8年
自動消火器		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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度（療育手帳A）であって、火災発生の感知及び避難が著しく困難なもの	室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの	28,700	8年
電磁調理器 (卓上式)		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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度（療育手帳A）であって18歳以上のもの（市民税非課税世帯に限る）	知的障害者が容易に使用し得るもの	41,000	6年
障害者用防災 ベスト		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児・者として判定され、障害の程度が重度又は最重度（療育手帳A）であって地震発災時の安全確保が困難又は避難が著しく困難なもの	災害発生時、避難中に障害の有無を明示できるもの	5,000	—

- (注) 1 脳原性運動機能障害とは、乳幼児期（満3歳未満）前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢及び運動の異常をいう。具体的には、脳性麻痺や乳幼児期以前に発症した脳炎又は脳外傷、無酸素脳症等の後遺症等による全身性障害を有する者である。
- 2 脳原性運動機能障害の場合は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障害に準じ取り扱うものとする。
- 3 入浴補助用具、移動・移乗支援用具、聴覚障害者用屋内信号装置、情報・通信支援用具、情報機器については、限度額の範囲内において複数個の用具の助成をすることができるものとする。
- 4 限度額は、消費税等を含む額とする。

# 日常生活用具費助成申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 (本人または保護者)

郵便番号 (〒 \_\_\_\_\_ )

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※署名又は記名押印をしてください

(対象者との続柄) \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具費の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日	
	氏名							
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ( _____ )						
	難病疾患名		症状					
	身体障害者手帳	浜松市・静岡県・( _____ ) 第 _____ 号						
	障害名	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 ( 上肢・下肢・体幹 ) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声言語障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				障害等級	級	
	療育手帳	浜松市・静岡県・( _____ ) 第 _____ 号				障害程度	A・B	
	介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 ( _____ 年 _____ 月 ) <input type="checkbox"/> 該当 ( 要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 )						
日 常 生 活 用 具 名	助成希望用品目							
	製品名・型番等							
	購入希望業者名							
	助成希望理由	<input type="checkbox"/> 要綱の対象要件に該当するため <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着  <input type="checkbox"/> 吸引器使用 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器使用 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
承 諾	日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。  _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ 代筆者 _____ 続柄 (※署名又は記名押印をしてください)							

## 日常生活用具費助成申請書（排泄管理支援用具用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 \_\_\_\_\_ ）

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

※署名又は記名押印をしてください

（対象者との続柄） \_\_\_\_\_

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具（排泄管理支援用具）費の助成を申請します。

対象者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 18歳以上
	氏 名		生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日生
	身体障害者 手帳番号	静岡県 浜松市 第 _____ 号 ( _____ )	_____ 年 ____ 月 ____ 日交付
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺等による脳原性運動機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
給付を受けたい 日常生活用具の 名 称	<input type="checkbox"/> ストマ装具（消化器系） <input type="checkbox"/> ストマ装具（尿路系） <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
希望する業者名			
希望する方法	<input type="checkbox"/> _____月まで継続して申請。                  ( _____ 月から) <input type="checkbox"/> 必要になった場合に随時申請。                  ( _____ 月分)		
承 諾	日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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 style="text-align: center;">_____ 年 ____ 月 ____ 日                  氏名</p> <p style="text-align: right;">（※署名又は記名押印をしてください）</p>		

審 査 欄	所得区分	非課税   課税   生保
	交付履歴	新規   再交付
	判定場所	区
	その他	
	交付決定番号	

## 日常生活用具費助成申請書（人工内耳用電池用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_）

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

※署名又は記名押印をしてください

（対象者との続柄）

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具（人工内耳用電池）費の助成を申請します。

対象者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 18歳以上
	氏 名		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
	身体障害者 手帳番号	静岡県 浜松市                      第 _____ 号 ( _____ )	_____ 年 _____ 月 _____ 日交付
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	
給付を受けたい 日常生活用具の 名 称		<input type="checkbox"/> 人工内耳用電池	
希望する業者名			
希望する方法		<input type="checkbox"/> _____月まで継続して申請。      ( _____ 月から) <input type="checkbox"/> 必要になった場合に随時申請。      ( _____ 月分)	
承 諾		日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。  _____ 年 _____ 月 _____ 日                      氏名  (※署名又は記名押印をしてください)	

審 査 欄	所得区分	非課税   課税   生保
	交付履歴	新規   再交付
	判定場所	_____ 区
	その他	
	交付決定番号	

## 日常生活用具費助成申請書（埋込型人工喉頭用人工鼻用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 \_\_\_\_\_）

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

※署名又は記名押印をしてください

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具（埋込型人工喉頭用人工鼻）費の助成を申請します。

対象者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 18歳以上
	氏 名		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
	身体障害者 手帳番号	静岡県 浜松市                      第 _____ 号 ( _____ )	_____ 年 _____ 月 _____ 日交付
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 音声機能・言語機能障害	
	給付を受けたい 日常生活用具の 名 称	<input type="checkbox"/> 埋込型人工喉頭用人工鼻 （通院している医療機関名： _____）	
	希望する業者名		
	希望する方法	<input type="checkbox"/> _____月まで継続して申請。      （ _____ 月から）  <input type="checkbox"/> 必要になった場合に随時申請。      （ _____ 月分）	
	承 諾	日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。  _____ 年 _____ 月 _____ 日      氏名  （※署名又は記名押印をしてください）	

審 査 欄	所得区分	非課税   課税   生保
	交付履歴	新規   再交付
	判定場所	区
	その他	
	交付決定番号	

# 日常生活用具費助成申請書（居宅生活動作補助用具用）

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 - ）

住 所 浜松市

ふりがな

氏 名

※署名又は記名押印をしてください

電話番号（ - ）

下記により日常生活用具（居宅生活動作補助用具）費の助成を申請します。

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（ ）				
	難病疾患名		症 状			
	身体障害者手帳	浜松市・静岡県・（ ） 第 号				
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 肢体不自由（ 下肢・体幹 ） <input type="checkbox"/> 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 <input type="checkbox"/> その他 （ ）			障 害 等 級	級
	介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（ 年 月 ） <input type="checkbox"/> 該当（要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）				
居宅生活動作補助用具	改修工事内容	<input type="checkbox"/> 1. トイレ <input type="checkbox"/> 2. 玄関 <input type="checkbox"/> 3. 階段 <input type="checkbox"/> 4. 浴室 <input type="checkbox"/> 5. 居室 <input type="checkbox"/> 6. 台所 <input type="checkbox"/> 7. 洗面所 <input type="checkbox"/> 8. その他（ ）				
		<input type="checkbox"/> 1 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2 床段差の解消 <input type="checkbox"/> 3 床材の変更 <input type="checkbox"/> 4 扉の取替え <input type="checkbox"/> 5 便器の取替え <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）				
	助成希望理由					
家主・敷地所有者の承諾	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 1 自宅 <input type="checkbox"/> 2 借家（以下欄に家主・敷地所有者の承諾が必要）				
	家主・敷地所有者の承諾	（住所）				
		氏 名 （※署名又は記名押印をしてください） 電話番号 - -				
添 付 書 類	①見積書（業者が作成。見積書のあて名は申請者とする。） ②改修予定箇所の写真、改修前及び改修後の予定図面 ③課税証明書（浜松市で所得区分が確認できない場合）					
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 居宅生活動作補助用具の助成は、原則として1人1回であることを承知しました。					
承 諾	日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。 年 月 日 氏 名 代筆者 続柄 （※署名又は記名押印をしてください）					

## 難病患者等診断書

患者氏名		生年月日	年 月 日生	性別	男・女
患者住所	浜松市				
疾患名					
症 状	(日常生活用具を必要とする身体状況等)				
在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。 (当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。)					
以上のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師名  (※署名又は記名押印をしてください)					



第3号様式

調 査 書

申請年月日		年 月 日	申請者氏名				
対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
世帯 員 の 状 況	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	所 得		障 害 年 金	手 当	合 計		
所得区分							
限 度 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							
用 具 名	限 度 額	見 積 額	利用者負担	公費負担			
-----							
-----							
-----							
-----							
-----							
合 計	円	円	円	円			
上記のとおり確認しました。							
年 月 日							
調査者							

第 4 号様式

番 号  
年 月 日

様

浜松市長

日常生活用具費助成決定通知書

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				
	生年月日		性別		電話
助成番号				助成決定日	
決定内容					
用 具 業 者	名 称				
	所在地				
限度額		見積額	利用者負担額		公費負担額
月額負担上限額					
<p>注意事項</p> <p>1 利用者負担額は、用具業者に直接お支払ください。</p> <p>2 本制度による助成を受けて購入した用具を、助成の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付し、又は担保に供することは、固く禁じます。</p> <p>3 2に違反した場合は、費用の一部又は全額を返還していただくことがあります。</p>					

第5号様式

日常生活用具費助成券

1. 助成番号		2. 助成券発行 年 月 日		年 月 日	
3. 氏名		4. 生年月日		年 月 日	
5. 住所					
6. 保護者氏名				7. 続柄	
8. 用具の名称					
用具業者	9. 名称				
	10. 所在地				
11. 限度額		12. 見積額		13. 利用者負担額	
15. 月額負担上限額					
16. 上記のとおり決定する。 年 月 日  浜松市長					
17. 検収		受領 年月日		年 月 日	
				18. 検収者 職氏名	
19. 受領		受領 年月日		年 月 日	
				20. 受領者 氏名	
				21. 本人と の関係	
22. 用具業者に代理受領を委任します。 年 月 日 委任者 印					

第 6 号様式

番 号  
年 月 日

様

浜松市長

日常生活用具費助成決定のお知らせ

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					
	生年月日		性別		電話	
助成番号				助成決定日		
決定内容						
用 具 業 者	名称					
	所在地					
限度額	見積額	利用者負担額		公費負担額		
月額負担上限額						

第7号様式

番 号  
年 月 日

様

浜松市長

日常生活用具費助成却下決定通知書

年 月 日付けで申請のあった日常生活用具給付申請については、  
下記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

- 1 申請事項
- 2 却下の理由