

障がいのある方のための

福祉のしおり



美 幌 町

— 目 次 —

1. 身体障害者手帳
2. 療育手帳
3. 精神障害者保健福祉手帳
4. 障がい福祉サービス
5. 補装具・日常生活用具
6. 入浴料の助成
7. 福祉ハイヤーの助成
8. 通院交通費の助成
9. 医療制度
10. 年金・手当
11. 税の軽減
12. 運賃等の割引、公共料金の減免
13. 相談窓口等



□□□ 1. 身体障害者手帳 □□□□□□□

- ① 対象者 視覚障がい、聴覚・平衡機能の障がい、音声・言語及びそしゃく機能の障がい、肢体不自由、心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障がい、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい・肝臓機能障がいがある方
- ② 内 容 障がいの程度によって1級から6級までに区分されます。
- ③ 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ④ 発 行 者 北海道（北海道立心身障害者総合相談所）
電話011-613-5401
（オホーツク総合振興局保健環境部社会福祉課地域福祉係）
電話0152-41-0687
- ⑤ 申 請

●印の書類（用紙）は窓口にあります

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
・各お手続き共通（1～4）	○ マイナンバーカード（個人番号） 又は番号通知カードと身分証明書 代理人の場合、代理人の方も必要
1. 身体障害者手帳交付申請 （新規申請）	● 身体障害者手帳交付申請書 ● 診断書・意見書（指定医師のもの） ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm）
2. 身体障害者手帳再交付申請 （障害の程度が変化した時）	● 身体障害者手帳再交付申請書 ● 診断書・意見書（指定医師のもの） ○ 旧身体障害者手帳 ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm）
3. 身体障害者手帳再交付申請 （紛失・破損）	● 身体障害者手帳再交付申請書 ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm） ○ 破損の場合は、破損した手帳
4. 身体障害者手帳変更・返還届 （住所等の変更、死亡、治癒等）	● 身体障害者手帳関係届出書 ○ 身体障害者手帳

※診断書・意見書についての注意事項

- ・身体障害者福祉法第15条の規定による指定医師が作成するものです。
- ・指定医師については、民生障がい福祉グループまでお問い合わせください。
- ・診断書の有効期限は、発行日（診断日）から3ヶ月以内です。

□□□ 2. 療 育 手 帳 □□□□□□□

- ① 対 象 者 いろいろな原因によって、ものの名前を覚えたり、計算したり、筋道をたてて考えたり、想像したりするなど知的能力が年齢とともに進歩していかない等、知的障がいがある者や知的障がいを伴う自閉症がある方
- ② 内 容 知的障がい児（者）に対して、一貫した指導、相談を行うとともに援助措置を受けやすくするために療育手帳が交付されます。
障がいの程度により、A、Bの分類で交付されます。
- ③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ④ 判 定 機 関 北海道
- <18歳未満> 北見児童相談所（オホーツク総合振興局保健環境部児童相談室）
 電話0157-24-3498
- <18歳以上> 北海道立心身障害者総合相談所（札幌市中央区円山西町2丁目1番1号）
 電話011-613-5401
- ⑤ 発 行 者 北海道（オホーツク総合振興局保健環境部社会福祉課地域福祉係）
 電話0152-41-0687
- ⑥ 申 請 新規で手帳の交付を希望される場合、あらかじめ、判定機関の判定を受ける必要があります。
 北海道立心身障害者総合相談所の一般巡回相談（3ヶ月毎に北見市などの管内で実施）を希望される場合は、民生障がい福祉グループへ申し込みください。

●印の書類（用紙）は窓口にあります

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
・各お手続き共通（1～4）	○ マイナンバーカード（個人番号） 又は番号通知カードと身分証明書 保護者の方も必要
1. 療育手帳交付申請 （新規申請）	● 療育手帳交付申請書 ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm） ○ 判定書
2. 療育手帳再交付申請 （紛失・破損）	● 療育手帳再交付申請書 ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm） ○ 破損の場合は、破損した手帳
3. 療育手帳変更届 （住所・保護者等の変更）	● 療育手帳記載事項変更届 ○ 療育手帳
4. 療育手帳返還届 （死亡、障がいの消失等）	● 療育手帳返還届 ○ 療育手帳

□□□ 3. 精神障害者保健福祉手帳 □□□□□□□

- ① 対 象 者 精神疾患を有する者のうち、精神障がいのため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方
- ② 内 容 精神障がい者の社会復帰の促進・自立と社会参加の促進を図ることを目的としてつくられた手帳です。
障がいの程度により、1級から3級に区分されます。
※手帳の有効期間は2年で、2年ごとに更新の手続きが必要です。
- ③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ④ 発 行 者 北海道（オホーツク総合振興局保健環境部北見地域保健室）
北見保健所健康推進課精神保健福祉係
電話0157-24-4171
- ⑤ 申 請

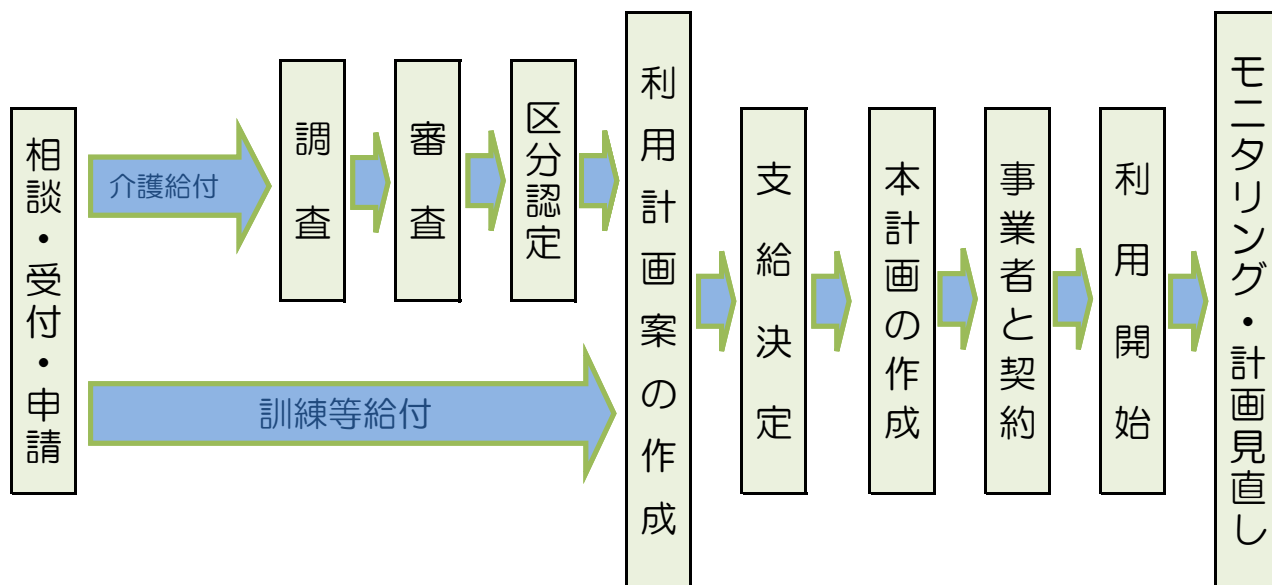
●印の書類（用紙）は窓口にあります

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
・各お手続き共通（1～3）	○ マイナンバーカード（個人番号） 又は番号通知カードと身分証明書 代理人の場合、代理人の方も必要
1. 障害者手帳交付申請 （新規・更新・等級変更） ※ 更新申請は、有効期限の 3ヶ月前から行えます	● 精神障害者保健福祉手帳申請書 ● 同意書 ① 医師の診断書 ② 年金証書又は特別障害給付金受給資格者証 ※ ①又は②のどちらか（等級変更は診断書） ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm）
2. 障害者手帳再発行申請 （紛失・破損）	● 精神障害者保健福祉手帳再発行申請書 ○ 写真1枚（たて4cm×よこ3cm） ○ 破損の場合は、破損した手帳
3. 障害者手帳変更届 （住所・氏名の変更）	● 精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届 ○ 精神障害者保健福祉手帳

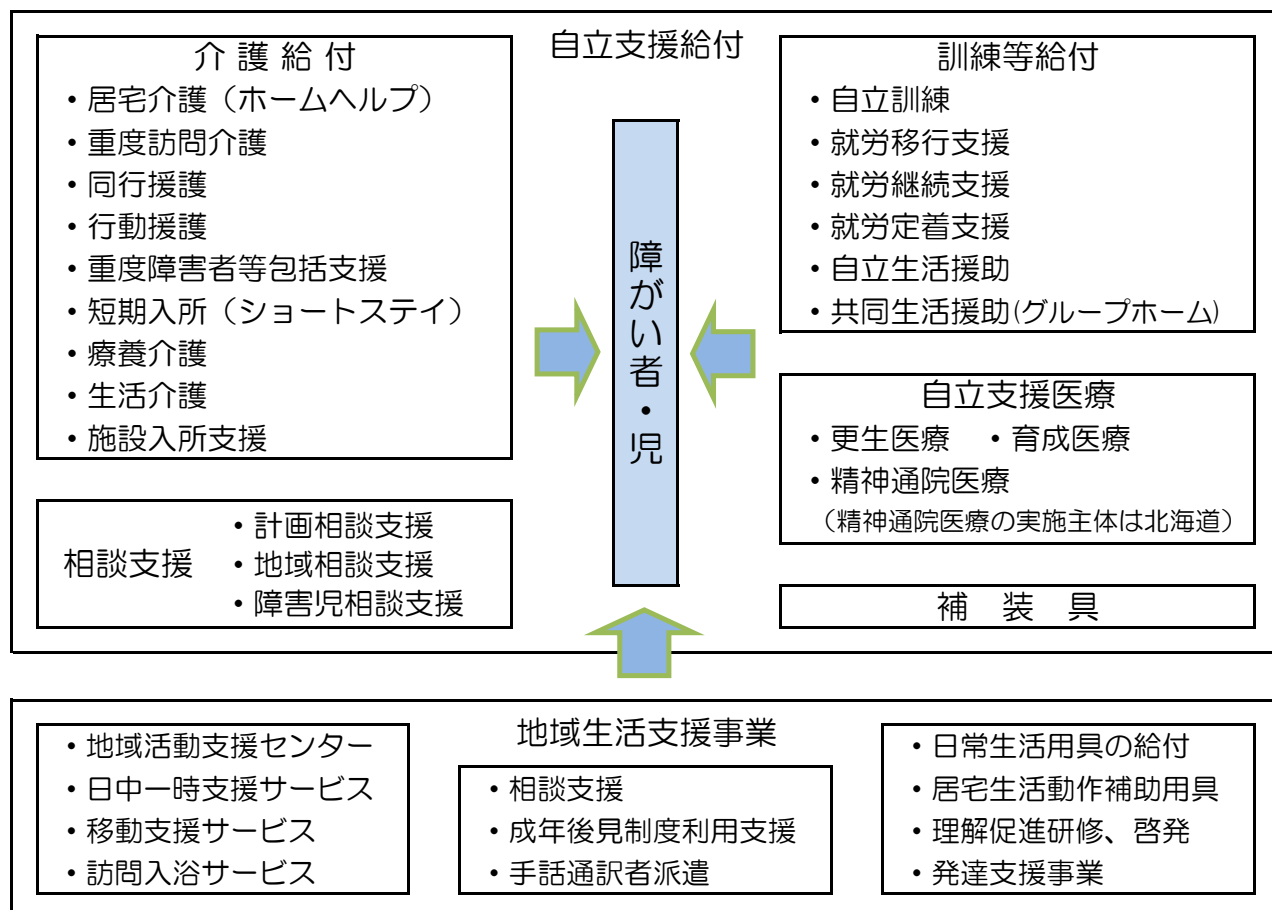


□□□ 4. 障 が い 福 祉 サ ー ビ ス □□□□□□

障害福祉サービスを利用するまでの流れ



障がい者・児を対象としたサービス



(1) 介護給付・訓練等給付

- ① 対象者 身体障害者手帳をお持ちの方、療育手帳をお持ちの方又は知的障がいがあると判定されている方、精神保健福祉手帳をお持ちの方、自立支援医療を受給している方、難病等で療養中の方

② 内 容

サ ー ビ ス の 種 類	内 容	
居宅介護 ※ (身体介護、家事援助、通院介助)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、通院の介助等を行います。	介 護
重度訪問介護	重度の肢体不自由者等で常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。	
同行援護	視覚障がいにより移動に著しい困難を有する人が外出するときに同行し、移動に必要な情報を提供したり、援助を行います。	
行動援護 ※	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。	
重度障害者等包括支援	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に提供します。	
児童発達支援 ※	集団及び個別療育の必要性が認められる未就学の障がい児に対して、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練を行います。	
放課後等デイサービス ※	小・中・高等学校等に就学しており、授業の終了後や休業日に支援が必要と認められた障がい児を、通所施設において生活能力の向上訓練、社会との交流の促進のために必要な支援を行います。	給 付
短期入所 ※ (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行います。	
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。	
施設入所支援	施設入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	
自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活機能の向上に必要な訓練を行います。	訓 練 等 給 付
就労移行支援	一般企業等へ就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	
就労定着支援	一般就労に移行したのちの3年間、就労に伴う生活面の課題について、就労の継続を図るために必要な連絡調整や指導・助言等のサービスを行います。	
就労継続支援 (A型＝雇用型) (B型＝非雇用型)	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	
グループホーム (共同生活援助)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、必要性が認定されている方には、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	

注1) 上記のサービス利用には、障害支援区分等の条件があります。

注2) 児童のサービスは、原則として太字(※印)の事業のみ対象となります。

③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

④ 申 請

●印の書類は窓口にあります。全てのお手続きに個人番号（マイナンバー）が必要です。

※18歳以上の方は、本人と配偶者、児童は、世帯全員のマイナンバーが必要です。

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
1. サービスの利用申請並びに利用者負担金等の認定申請（新規申請・追加変更申請）	● 介護給付費等支給申請書兼利用者負担額・免除等申請書 ● 世帯状況・収入等申告書 ○ 現在お持ちの身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療受給者証（以下障害者手帳等※） ○ 利用者負担金等を決定する際に必要な書類 ○ 障害年金証書（年金受給者のみ）
2. 受給者証再交付申請書	● 再交付申請書 ○ 現在お持ちの受給者証（破損の場合）
3. 居住地等変更届	● 居住地変更届出書 ○ 現在お持ちの障害者手帳等※ ○ 現在お持ちの受給者証

⑤ 利用者負担 利用者負担は1割負担ですが、負担上限月額の設定や軽減措置があります。

7) 負担上限月額

所 得 区 分			居 宅 ・ 通 所		入 所 施 設 等	
			障がい者	障がい児	障がい者	障がい児
一 般	2	市 町 村 民 税 課 税 世 帯	所得割16万円以上 37,200 円	所得割28万円以上 37,200 円	37,200 円	所得割28万円以上 37,200 円
	1		所得割16万円未満 9,300 円	所得割28万円未満 4,600 円		所得割28万円未満 9,300 円
低所得	低所得2	市町村民税非課税世帯 (本人の年収80.9万円超)	0円		0円	
	低所得1	市町村民税非課税世帯 (本人の年収80.9万円以下)	0円		0円	
生 活 保 護		生活保護受給世帯	0円		0円	

注）世帯とは：利用者本人及び配偶者（児童の場合は保護者）

1) 高額障害福祉サービス費

同じ世帯の中に障害サービス等を利用する方が複数入る場合や、障害福祉サービスを利用している方が介護保険・障がい児施設のサービスを利用している場合、1ヶ月間に支払った利用者負担額の合計が、算定基準額を超過した場合には、超過した額を高額障害福祉サービス費として支給します。

り) 利用者負担の軽減措置

入居・入所施設の家賃、食費、光熱水費の実費負担については、施設ごとの金額が設定されます。ただし、低所得者に対する給付においては、これらの実費負担に対し、軽減措置が講じられます。

また、通所施設においても、食費の実費負担について施設ごとに金額が設定されますが、6ページ⑤の表の低所得・一般1に該当する利用者については、食材費のみの負担となるため、実際にかかる額の約3分の1の負担となります。

(月22日利用の場合、約5,100円)

(2) 地域生活支援事業

- ① 対 象 者 身体障害者手帳をお持ちの方、療育手帳をお持ちの方又は、知的障がいがあると判定されている方。精神保健福祉手帳をお持ちの方など

② 内 容

サ ー ビ ス の 種 類	内 容
地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。
日中一時支援 ※	障がい児(者)の日中における活動の場を確保し、家族の就労支援及び介護者の一時的な休息を図ります。
移動支援 ※	社会参加活動、余暇活動などの外出を円滑に行えるよう移動を支援します。
訪問入浴サービス ※	自力又は介護者のみでは入浴が困難な障がい者(児)に居宅において入浴、清拭などのサービスを行います。

注) 児童のサービスは、原則として太字(※印)の事業が対象となります。

- ③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

④ 申 請

●印の書類(用紙)は窓口にあります

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
1. サービスの利用申請 (新規申請・変更申請)	● 地域生活支援事業サービス利用申請書 ● 世帯状況・収入等申告書 ○ 現在お持ちの身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療受給者証 ○ 利用者負担金等を決定する際に必要な書類

- ⑤ 利用者負担 原則 1 割負担ですが、負担上限月額の設定や軽減措置があります。

7) 負担上限月額

所得区分			障がい者	障がい児
一般	2	市町村民税課税世帯	所得割16万円以上 37,200 円	所得割28万円以上 37,200 円
	1		所得割16万円未満 9,300 円	所得割28万円未満 4,600 円
低所得		市町村民税非課税世帯	0 円	0 円
生活保護		生活保護受給世帯	0 円	0 円

注) 世帯とは：利用者本人及び配偶者（児童の場合は保護者）

1) 高額地域生活支援給付費

同じ世帯の中に地域支援サービスを利用する方が複数いる場合や、地域支援サービスを利用している方の1ヶ月間に支払った利用者負担額の合計が、算定基準額を超過した場合には、超過した額を高額地域生活支援給付費として支給します。

(3) 意思疎通支援事業（手話通訳者派遣）

- ① 対象者 聴覚、言語機能等の障がいのため、手話通訳者がいなければ意思疎通を図ることが困難な方
- ② 内容 保健福祉や医療、官公庁等における手続、社会生活上必要な事項に手話通訳者を派遣します。
- ③ 窓口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ④ 申請 事前（緊急を除き1週間前まで）に、窓口へ備え付けの申請書を提出（FAX・メール可）していただきます。
手話通訳者と日程を調整して派遣を決定（通知）します。
- ⑤ 利用者負担 利用者負担はありません。

(4) 意思疎通支援事業（遠隔手話サービス）

- ① 対象者 「(3) 手話通訳者派遣」と同じ方。
- ② 内容 北海道ろうあ連盟の手話通訳者の方が、役場のタブレットを通して手話通訳を行います。
- ③ 窓口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ④ 申請 なし（役場での手続きで使用できます。）
※手話通訳者と連絡を取る関係でお時間はいただく可能性がありますので、事前に連絡をいただくとスムーズに対応できます。
- ⑤ 利用者負担 利用者負担はありません。

□□□ 5. 補装具・日常生活用具 □□□□□□□

(1) 補 装 具

- ① 対 象 者 身体障害者手帳をお持ちの方又は難病患者等は、必要に応じて障がいを補う補装具の交付、修理を受けることができます。
 難病の方は、疾病内容により支給対象種目が異なりますので、窓口にお問い合わせください。

② 補装具種目

障 がい 区 分	種 目
肢 体 不 自 由	義肢、装具、座位保持装置、車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助つえ、重度障がい者用意思伝達装置、(座位保持いす)、(起立保持具)、(頭部保持具)、(排便補助具)
視 覚 障 がい	視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡
聴 覚 障 がい	補聴器、人工内耳
言 語 機 能 障 がい	重度障がい者用意思伝達装置

注) 原則 () 内は、児童のみが対象となります。

- ③ 利用者負担 補装具の交付・修理にかかる費用の自己負担額は1割負担となりますが、世帯の所得に応じて上限額が設定されています。
 世帯とは、本人及び配偶者をいいます。(児童の場合は、保護者。)

④ 負担上限月額

所 得 区 分		負 担 上 限 月 額
一 般	市町村民税課税世帯 本人又は世帯員のうち、最多納税者の市町村民税所得割額が46万円未満	37,200 円
低 所 得	市町村民税非課税世帯	0 円
生 活 保 護	生活保護受給世帯	0 円

- ⑤ 支給対象外 ・世帯の最多納税者の市町村民税所得割額が46万円以上の場合
 ・介護保険で同様の福祉用具(車いす、歩行器等)の貸与等が受けられる場合(介護保険制度が優先されます。)
 ・労働災害の場合

- ⑥ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

⑦ 申 請

●印の書類(用紙)は窓口にあります

手 続 き に 必 要 な も の	内 容
● 補装具費支給申請書 ○ 補装具費支給意見書 ○ 見積書 ○ 身体障害者手帳 ○ 個人番号(マイナンバー) ○ 診断書(難病受給者証)等	申請書、意見書の用紙は窓口にあります。 医療機関(医師)等が発行した意見書。 修理及び同一の補装具の再交付については、意見書が不要な場合があります。 難病の方は、疾病を確認できるものが必要。

(2) 日常生活用具

① 対 象 者

身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの方又は難病患者等が、日常生活を行う上で便宜を図るための用具であって、一般的に普及していない用具の給付を受けることができます。

なお、障がいの程度や難病の疾病内容によって対象となる用具が異なります。

② 種目及び品目

種 目	品 目
介 護 ・ 訓 練 支 援 用 具	特殊寝台、特殊マット、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、移動用リフト、（訓練いす）、（訓練用ベット）、じょくそう防止用具
自 立 生 活 支 援 用 具	入浴補助用具、便器、頭部保護帽、Ｔ字状・棒状つえ、移動・移乗支援用具、特殊便器、火災警報器、自動消火器、電磁調理器、歩行時間延長信号機用小型装置、聴覚障がい者用屋内信号装置
在 宅 療 養 等 支 援 用 具	透析液加温器、ネブライザー、電気式たん吸引器、酸素ボンベ運搬車、視覚障がい者用体温計・体重計・血圧計、パルスオキシメーター
情 報 ・ 意 思 疎 通 支 援 用 具	携帯用会話補助装置、情報・通信支援用具、点字ディスプレイ、点字器、点字タイプライター、視覚障がい者用ポータブルレコーダー、視覚障がい者用拡大読書器、視覚障がい者用時計、聴覚障がい者用通信装置、聴覚障がい者用情報受信装置、人工喉頭、点字図書、地デジ対応ラジオ、視覚障がい者用活字文書読上げ装置
排泄管理支援用具	ストマ用装具、紙おむつ等、収尿器
住 宅 改 修 費	居宅生活動作補助用具

注）原則（ ）内は、児童のみが対象となります。

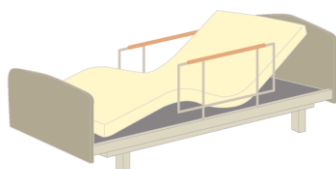
③ 利用者負担

日常生活用具の交付にかかる費用の自己負担額は１割負担となりますが、世帯の所得に応じて上限額が設定されています。

世帯とは、本人及び配偶者をいいます。（児童の場合は、保護者）

④ 負担上限月額

所 得 区 分		負 担 上 限 月 額
一 般	市町村民税課税世帯 本人又は世帯員のうち、最多納税者の市町村民税所得割額が４６万円未満	３７，２００ 円
低 所 得	市町村民税非課税世帯	０ 円
生 活 保 護	生活保護受給世帯	０ 円



- ⑤ 支給対象外
- ・世帯の中に市町村民税所得割額が46万円以上の方がいる場合
 - ・介護保険で同様の福祉用具（特殊寝台、体位変換器、入浴補助用具、住宅改修等）の貸与等が受けられる場合
（介護保険制度が優先されます。）

⑥ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

⑦ 申 請

●印の書類（用紙）は窓口にあります

手 続 き に 必 要 な も の	内 容
● 日常生活用具費支給申請書 ○ 見積書 △ 日常生活用具費支給意見書 ○ 身体障害者手帳 ○ 療育手帳 ○ 診断書（難病受給者証）等	申請書、意見書の用紙は窓口にあります。 対象要件により医療機関（医師）等が発行した意見書が必要な場合があります。 難病の方は、疾病を確認できるものが必要。

□□□ 6. 入 浴 料 の 助 成 □□□□□□□

- ① 対 象 者 町内居住の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方。
- また、入浴証をお持ちの方を介助するため、一緒に、福祉風呂に入浴される介助者。

- ② 内 容 本助成は、『峠の湯びほろ』で利用できます。
- 事前に、窓口にて入浴証の発行を受け、『峠の湯びほろ』の受付にて入浴証と該当する手帳を提示することで、入浴料が半額になります。
- 入浴証は、ご本人のみが利用でき、他人に譲渡できません。
- 有効期間は自動で更新されるため、そのまま利用できます。
- 原則、再発行はできませんので、大切にお使いください。
- なお、転出、死亡、手帳非該当になった際は、入浴証を返還してください。

③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

④ 申 請

手 続 き に 必 要 な も の	内 容
● 美幌町温泉入浴料助成申請書 ○ 身体障害者手帳、療育手帳、または精神障害者保健福祉手帳	申請書の用紙は窓口にあります。

□□□ 7. 福祉ハイヤーの助成 □□□□□□□

- ① 対 象 者 身体障害者手帳をお持ちで下記の対象者に該当する方が、町内でハイヤーを利用した場合、乗車料金の基本料金を助成します。
- また、子ども発達支援センターに通所している児童（保護者）が、通所のためハイヤーを利用した場合、同じく基本料金を助成します。

区 分	枚 数	対 象 者
福 祉 チ ケ ッ ト	1 ヶ月4枚 (年間48枚)	身体障害者手帳の下肢、体幹、視覚障がい の1級から3級の方 身体障害者手帳の内部障がい1級及び2級 の方
透 析 チ ケ ッ ト	1 通院につき 2枚 (片道1枚)	腎臓機能障がい身体障害者手帳を所持し 人工透析療法の治療を受けている方
リハビリチケット	1 ヶ月4枚 (年間48枚)	子ども発達支援センターに通所している 児童（保護者同乗）

- ② 利用方法 ハイヤー利用時には、身体障害者手帳（所持者）を提示し利用券を1枚渡してください。
- 基本料金を超えた金額は利用者がお支払いください。
- 一回の乗車につき、利用できるチケットは1枚のみです。
- 透析チケットは透析治療のため、美幌町立国民健康保険病院に通院する場合にのみ使用できます。

- ③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

- ④ 申 請

手 続 き に 必 要 な も の	内 容
● 福祉ハイヤー利用料金助成申請書 ○ 身体障害者手帳 △ 印鑑（又はサイン、チケット受領）	申請書の用紙は窓口にあります。 （リハビリチケットの方は、身体障害者手帳を所持している場合に必要）



□□□ 8. 通院交通費の助成 □□□□□□□

- ① 対象者 身体障害者手帳をお持ちの方などが、障がいに関する診察、治療のため、町内を除く道内の医療機関等へ通院・通所した場合、交通費に要する費用の一部を助成します。

なお、入退院に係る交通費、他制度（道助成・生活保護等）で給付を受けられる場合は、対象とならないことがあります。

対 象 者		内 容	助 成 額
㊦ 心身障がい者等	身体障害者手帳 又は療育手帳を お持ちの方	心身障がい者の判定、診断、訓練、 観察、検査及び相談のための通院・ 通所に要する交通費の一部	②の算定額
① 精 神 障 が い 者	精神障害者 保健福祉手帳を お持ちの方	精神障がいの治療、診断、訓練、 及び相談のための通院・通所に要 する交通費の一部	②の算定額の 2分の1の額
㊧ 腎臓機能障がい者	腎臓機能障がい で身体障害者手 帳をお持ちの方	人工透析療法による治療並びに 抗免疫療法による治療、観察及 び検査を受けるために要する交 通費の一部	②の算定額
㊨ 特 定 疾 患 患 者	特定疾患医療受給 者証、小児慢性特 定疾患医療受診券 をお持ちの方	特定疾患のため、治療を受ける 必要のある方に対し、通院に要 する交通費の一部	②の算定額の 2分の1の額

- ② 助成額の算定 助成する額は、次の額から法令その他の制度により支給される額又は割引される額を除いた額とする。

- ア) JR普通運賃（片道80km未満）又はバス料金
- イ) JR普通運賃及び特急料金（片道80km以上）
- ロ) 自家用車利用の場合は、関係機関が所在する市町村までの往復の距離に18.5円（kmあたり）を乗じた額

- ③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

- ④ 交付申請

手 続 き に 必 要 な も の	内 容
● 交通費助成金交付申請書 ○ 通院等証明書 ○ 障害者手帳（身体・療育・精神） ○ 特定疾患医療受給者証 ○ 口座番号（振込先）	申請書、証明書の用紙は窓口にあります。 医療機関（医師）等が発行した証明書。 （小児慢性特定疾患医療受診券を含む）

注）証明書の発行については、医療機関等で証明（文書）料が必要な場合があります。

なお、証明書（文書）料等は助成できませんのでご注意ください。



(1) 重度心身障害者医療費助成制度（北海道医療給付事業）

① 対 象 者 下記のアからエのいずれかに一つに該当する者

- ア) 身体障害者手帳の1・2級及び内部障害3級の所持者
- イ) 療育手帳のA判定の所持者
- ウ) 精神障害者保健福祉手帳の1級の所持者
- エ) 重度の知的障害であると医師に診断を受けた者

注1) 二十歳未満の人は、美幌町内に住所を有する保護者が居ること。

注2) 65歳以上75歳未満の方で一定の障がいがあり、後期高齢者医療制度に該当する場合は認定（加入）が条件となります。

② 内 容 保険診療による医療費の自己負担分を助成します。

- ・ 非課税世帯に属する方及び高校生以下の方：自己負担無し。
- ・ 課税世帯に属する方：自己負担0.5割となります。

【月額負担上限月額】

- ・ 入院28,800円（ただし、過去12ヶ月以内に上記額を超える額を負担した月が3ヶ月以上ある場合は、22,200円）
- ・ 外来9,000円

注3) ①のウに該当する方は、外来のみの適用です。（入院は対象外）

③ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

(2) 後期高齢者医療制度

① 対 象 者

資 格 要 件 等		資 格 取 得
75歳以上の方	申請の手続きはありません。 （誕生日までに資格確認証が送付されます。）	75歳の誕生日から
障 害 認 定 者 （一定の障がいがあると認定された65歳以上75歳未満の方）	下記のいずれか一つに該当する方 ① 身体障害者手帳の1～3級及び4級の一部（音声・言語機能障がい及び下肢障がいの一部）の方 ② 療育手帳のA判定の方 ③ 精神障害者保健福祉手帳の1、2級の方 ④ 障害年金の1、2級を受給している方	北海道後期高齢者医療広域連合が申請に基づき障害認定した日

② 窓 □ 町民生活部戸籍保険課医療給付グループ（77-6533）

(3) 特定疾病療養受療証

- ① 対象疾病 1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
2. 血友病
3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
- ② 内 容 人工透析などの高額な治療を継続しなければならない病気の場合は、申請をしていただくと、1ヶ月の自己負担限度額が1万円になります。(但し、70歳未満の上位所得者については、2万円となります。)
- ③ 窓 □ ・ 国民健康保険、後期高齢者医療の方
町民生活部戸籍保険課医療給付グループ(77-6533)
・ 協会けんぽの方(全国健康保険協会北海道支部の方)
〒060-8524 札幌市北区北7条西4-3-1 新北海道ビル
電話011-726-0352
・ 組合健康保険の方、共済組合の方など
それぞれ加入している組合、職場(事業所)等にご確認ください。
- ④ 申 請 資格確認証、医師の意見書、(マイナンバーカード)

(4) 自立支援医療(更生医療)

- ① 対 象 者 身体障害者手帳所持者(18歳以上の方)で北海道立身心障害者総合相談所が更生医療を必要と判定した方
- ② 内 容 身体障がい者の更生に必要な医療の給付で、障がいを取り除いたり軽くすることにより、職業能力を高めたり日常生活を容易にすることを目的とした医療制度です。

●印の書類(用紙)は窓口にあります

主 な 対 象 医 療	手 続 き に 必 要 な も の
○ 人工透析療法 ○ 人工関節置換術 ○ ペースメーカー埋込術 ○ 角膜移植術 ○ 外耳形成術 ○ 腎移植術 ○ 肝臓移植術 ○ 抗体HIV療法 ○ 人工内耳など	● 自立支援医療(更生医療)支給認定申請書 ○ 医師意見書 ○ 身体障害者手帳 ○ 資格確認証 ○ 特定疾病療養受療証(人工透析療法等の場合) △ 自己負担限度額を決定する際に必要な書類 (年金額等の確認できるもの) ○ 個人番号(マイナンバー)

- ③ 自己負担 原則医療費の1割負担。但し、対象者が属する医療保険世帯の所得区分に応じて、自己負担上限額があります。
- ④ 窓 □ 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

（５）自立支援医療（育成医療）

- ① 対 象 者 身体に障がいのある児童又は現存する疾患を放置すれば、将来障がいに至ると認められる児童であって、確実な治療効果が期待できる方（１８歳未満の方）

- ② 内 容 身体に障がいのある児童に対し治療（手術等）によって障がいを取り除いたり軽くする医療で、かつ治療効果が期待できる場合に医療費を公費負担するものです。

●印の書類（用紙）は窓口にあります

主 な 対 象 医 療	手 続 き に 必 要 な も の
○ 人工透析療法 ○ 人工関節置換術 ○ ペースメーカー埋込術 ○ 角膜移植術 ○ 外耳形成術 ○ 腎移植術 ○ 肝臓移植術など	● 自立支援医療（育成医療）支給認定申請書 ○ 医師意見書 ○ 資格確認証 △ 課税証明書（市町村民税額の証明書） ○ 個人番号（マイナンバー）

- ③ 自己負担 原則医療費の１割負担。但し、対象者が属する医療保険世帯の所得区分に応じて、自己負担上限額があります。

- ④ 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

（６）自立支援医療（精神通院医療）

- ① 対 象 者 精神疾患を有する者のうち、精神障がいのため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある方

- ② 内 容 精神疾患による精神科の通院にかかる医療費を公費で負担するものです。

●印の書類（用紙）は窓口にあります

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
１．自立支援医療支給認定申請（新規・再認定・変更・追加） ※ 再認定申請は、有効期限の３ヶ月前から行えます	● 自立支援医療（精神通院）支給認定申請書 ● 同意書 ○ 医師の診断書（隔年） ○ 資格確認証（同一保険の方全員分） △ 所得区分の認定に必要な書類 ○ 個人番号（マイナンバー）

- ③ 自己負担 原則医療費の１割負担。但し、対象者が属する医療保険世帯の所得区分に応じて、自己負担上限額があります。

- ④ 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ
- ⑤ 発 行 者 北海道（オホーツク総合振興局保健環境部北見地域保健室）
北見保健所健康推進課精神保健福祉係 電話0157-24-4171

◇ 自立支援医療の自己負担額について

- ① 対 象 事 業 更生医療、育成医療、精神通院医療
- ② 自 己 負 担 原則医療費の1割負担。但し、対象者が属する医療保険世帯の所得区分に応じて、自己負担上限額が設定されています。
なお、入院時の食費（標準負担額）は自己負担となります。

一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	市町村民税 非課税世帯	市町村民税 非課税世帯	市町村民税<3.3万円	3.3万円≦市町村民税 <23.5万円	23.5万円≦市町村民税
	本人収入≦80.9万円	本人収入>80.9万円	(所得割)	(所得割)	(所得割)
所得区分① 負 担 0円	所得区分② 負担上限月額 2,500円	所得区分③ 負担上限月額 5,000円	所得区分④ ※1 負担上限額：医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置 負担上限月額 5,000円 負担上限月額 10,000円		所得区分⑤ 公費負担の対象外 医療保険の負担割合 ・負担限度額
			重 度 か つ 継 続 ※2 所得区分④' 負担上限月額 5,000円 所得区分④'' 負担上限月額 10,000円		所得区分⑤' ※3 負担上限月額 20,000円

※1 育成医療の自己負担には、経過措置があります。
（令和9年3月31日まで延長されています。）

※2 重度かつ継続の範囲

- ・精神通院医療 統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、認知症等の
脳機能障がい、薬物関連障がい（依存症等）
経験を有する医師から継続的な医療が必要と判定された方
- ・更生、育成医療 腎臓機能、小腸機能、免疫機能障がい
心臓機能障がい（心臓移植後の抗免疫療法に限る）
肝臓機能障がい（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
- ・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方
（医療保険の多数該当の方）

※3 重度かつ継続に該当し、所得区分が一定以上の場合の自己負担には、
経過措置があります。（令和9年3月31日まで延長されています。）

(1) 国民年金（障害基礎年金）

一定の障がい状態にあり納付要件を満たしている20歳以上の方に年金を支給する制度です。

- ・初診日が20歳前の場合も支給されます。
(本人の所得によって支給停止となる場合があります。)
- ・初診日が65歳以上の場合は、原則障害基礎年金は支給されません。
- ・障害年金の等級は、身体障害者手帳の等級とは基準が異なります。

① 支 給 額	昭和31年4月2日以後生まれの方	昭和31年4月1日以前生まれの方
1 級	1,039,625円（年額）	1,036,625円（年額）
2 級	831,700円（年額）	829,300円（年額）

(※令和7年4月からの額です。)

- ② 加 算 額 障害基礎年金の受給権者によって生計を維持されている世帯で、18歳以下（18歳に達する日の属する年度末まで）である子（障がいのある子は20歳未満）がいるときに加算されます。

ただし、児童扶養手当が調整されることがあります。

- 子1～2人まで 1人につき 239,300円（年額）
- 子3人目から 1人につき 79,800円（年額）

- ③ 窓 □ ・日本年金機構 北見年金事務所お客様相談室
〒090-8585 北海道北見市高砂町2-21
電話0157-25-8703
・町民生活部戸籍保険課戸籍年金グループ（77-6532）

(2) 厚生年金（障害厚生年金）

厚生年金保険の被保険者期間中に初診日のある病気やけがによって、定められた障がい状態に該当する方に、障害基礎年金（1、2級）に上乗せして支給されます。

また、障がいの状態により厚生年金保険の独自給付として3級の障害厚生年金が支給される場合があります。

- ① 加 算 額 1、2級の障害厚生年金を受けている方によって生計を維持していた配偶者がいる場合に、加給年金額が加算されます。
(239,300円：年額)

- ② 障害手当金 厚生年金保険の被保険者期間中に初診日のある病気やけがが初診日から5年以内に治り、障害厚生年金を受けるよりも軽い障がい残ったときに一時金として支給されます。（保険料納付要件を満たしている方）

- ③ 窓 □ ・日本年金機構 北見年金事務所お客様相談室
〒090-8585 北海道北見市高砂町2-21
電話0157-25-8703

(3) 障害共済年金

組合員である間に初診日のある傷病により、障害認定日において共済組合各法に定められた障がいの程度に該当する状態にあるときに支給されます。

ただし、在職中（組合員である間）は原則として支給が停止されます。

また、障がいの程度が1、2級の場合は、原則として国民年金の障害基礎年金も支給されます。

- ① 窓 □ 各共済組合（お勤め先）

(4) 特別障害給付金

障害基礎年金等を受給することができない障がいのある方に対して、福祉的措置として創設された制度です。

また、給付金を受けるためには、厚生労働大臣の認定が必要です。

- ① 対 象 者 次のいずれかに該当する方で、国民年金に任意加入していなかった期間に初診日があり、障害基礎年金1、2級相当の障がい状態に該当する方
- 平成3年3月以前の国民年金任意加入対象であった学生
 - 昭和61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、共済組合の加入者）の配偶者
 - ・ 所得によって支給停止となる場合があります。
 - ・ 老齢基礎年金等を受給されている場合は、支給制限があります。

- ② 支 給 額 1級 56,850円（月額） 2級 45,480円（月額）
（令和7年度基本月額）

- ③ 窓 □ ・日本年金機構 北見年金事務所お客様相談室
〒090-8585 北海道北見市高砂町2-21
電話0157-25-8703
・町民生活部戸籍保険課戸籍年金グループ（77-6532）



(5) 各種手当

- ① 対 象 者 障がいのある方の経済的援助として、次の手当があります。
ただし、所得や施設入所などによる支給制限があります。

名 称	内 容	月 額
障害児福祉手当	重度の障がいがあり、日常生活で常に介護が必要な20歳未満の児童に支給されます。	16,100円
特別障害者手当	著しい重度の障がいがあり、日常生活で常に特別な介護が必要な20歳以上の方に支給されます。	29,590円
児童扶養手当	父または母に重度の障がい（国民年金の障害等級1級程度）がある児童を監護している父、母または養育者に支給されます。 ※公的年金を受給する方で、年金額が児童扶養手当額より低い方は、差額分が受給できます。	児童1人につき 11,010円～46,690円 2人目以降1人につき 5,520円～11,030円加算
特 別 児 童 扶 養 手 当	身体または精神に重度、中度の障がいのある20歳未満の児童の父母などに支給されます。	1級 56,800円 2級 37,830円

※令和7年4月現在の額です。

- ② 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

- ③ 実 施 者 北海道（オホーツク総合振興局保健環境部社会福祉課地域福祉係）
電話0152-41-0687



□□□ 11. 税 の 軽 減 □□□□□□□

(1) 税金の控除・減免

区 分	要 件	控 除 ・ 減 免 額	お 問 い 合 わ せ
所 得 税	本人、控除対象配偶者又は扶養親族に障がいがある場合	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	網走税務署 〒093-0006 網走市南6条東5丁目 電話0152-43-2181 国税庁ホームページ https://www.nta.go.jp
	個人が、自己が所有している居住用家屋について高齢者等居住改修工事等（以下「バリアフリー改修工事」といいます。）を行った場合（住宅特定改修特別税額控除）	バリアフリー改修工事に要した費用の額又はバリアフリー改修工事の標準的な工事費用の額のいずれか少ない金額（最高200万円）の10%を所得税の額から控除	
住 民 税	本人、控除対象配偶者又は扶養親族に障がいがある場合	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	町民生活部税務課 課税グループ 77-6534（直通）
	障がいのある方で、前年の合計所得金額が135万円（給与収入では2,043,999円）以下の場合	非課税	
相 続 税	障がいのある法定相続人が相続又は遺贈により財産を取得した場合	85歳に達するまでの年数に10万円（特別障害者は20万円）を乗じた金額を相続税額から控除	網走税務署 〒093-0006 網走市南6条東5丁目 電話0152-43-2181 国税庁ホームページ https://www.nta.go.jp
贈 与 税	重度の障がいのある方（特別障害者）が、特別障害者扶養信託契約によって受益者となる場合	当該信託の利益を受ける権利（信託受益権）の価額（信託財産の価額）のうち6,000万円までは非課税	網走税務署 〒093-0006 網走市南6条東5丁目 電話0152-43-2181 国税庁ホームページ https://www.nta.go.jp
	特定の障がいのある方（特定障害者のうち特別障害者以外の者）が、特定障害者扶養信託契約によって受益者となる場合	当該信託の利益を受ける権利（信託受益権）の価額（信託財産の価額）のうち3,000万円までは非課税	
個人事業税	障がいのある方で、事業主控除をする前の所得金額（その他の所得がある場合は合算額）が310万円以下の場合	税額から7,500円を限度として減免	北海道オホーツク総合振興局 税務課 〒093-8585 網走市北7条西3丁目 電話0152-41-0615
	視覚に重度の障がいがある方が、あんま・はりなど医業に類する事業を行う場合	非課税	

区 分	要 件	控 除 ・ 減 免 額	お 問 い 合 わ せ
軽自動車税 (種別割)	障がいのある方、またはその方と生計を同じくする方が所有し、障がいのある方が自ら運転する軽自動車または障がいのある方のためにもっぱら利用される軽自動車、あるいは障がいのある方のみの世帯が所有する軽自動車で、障がいのある方を常時介護する方が運転するもの (いずれも減免の対象となる障がいのある方は、一定の範囲の障がいを有する方です) 構造上、障がいのある方のためのも と認められる軽自動車	減免	町民生活部税務課 課税グループ 77-6534 (直通)
自動車税 (環境性能割) (種別割) 軽自動車税 (環境性能割) ※ 初 車 購 入 時	障がいのある方、またはその方と生計を同じくする方が所有(取得)し、障がいのある方のためにもっぱら利用される自動車、あるいは障がいのある方のみの世帯が所有(取得)する自動車で、障がいのある方を介護する方がもっぱらその方のために運転するもの 構造上、障がいのある方のためのも と認められる自動車(いずれも免除・減免の対象となる障がいのある方は、一定の範囲の障がいを有する方です)	免除・減免	北海道オホーツク 総合振興局 税務課 〒093-8585 網走市北7条西3丁目 電話0152-41-0612



○ 障害者手帳の種別

種 別	第 1 種	第 2 種
身 体 障 害 者 手 帳	・視覚1～3級、4級の一部 ・聴覚2～3級 ・肢体不自由1級、2～3級の一部 ・内部障害1～4級 (但し、「ぼうこう又は直腸の機能障害4級」を除く)	第1種以外の方
療 育 手 帳	A判定	
精神障害者保健福祉手帳	1級	

※手帳の「旅客鉄道株式会社運賃減額」の欄に「第1種」又は「第2種」の記載があることが条件です。

(1) J R旅客運賃の割引

- ① 対 象 者 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を受けている方及び第1種障がい者の介護者

② 内 容

種別	乗 車 形 態	障がい者の年齢	割 引 対 象 者	乗 車 券 の 種 類				割引率
				普 通 乗車券	普 通 急行券	回 数 乗車券	定 期 乗車券	
第1種	本人が単独で101km以上の区間を乗車・船する場合	—	本 人 独	○	×	×	×	5 割
	本人が介護者とともに乗車・船する場合	12歳以上	本 人 介護者	○	○	○	○	
		12歳未満	本 人 介護者	○	○	○	×	
		12歳未満	介護者	○	○	○	○	
第2種	本人が単独で101km以上の区間を乗車・船する場合	—	本 人 独	○	×	×	×	5 割
	本人が介護者とともに乗車・船する場合	12歳未満	介護者	×	×	×	○	

- ③ 購 入 J R窓口等で障害者手帳を提示して乗車券を購入してください。
介護者の乗車券は、種類・区間・有効期限が障がい者と同一のものを同時に購入してください。(介護者は1人に限ります。)

(2) バス及び電車運賃の割引

- ① 対 象 者 身体障害者手帳又は療育手帳を受けている方

種 別	割 引 対 象 者	割 引 率
第1種障害者	本人及び介護者(1人)	5 割
第2種障害者	本人のみ	

※一部の運行会社で「精神障害者保健福祉手帳」を割引対象としている場合や、高速バス等の取扱いが異なる場合がありますので、詳細は各運行会社にご確認ください。

- ② 購 入 身体障害者手帳又は療育手帳を提示して乗車券を購入してください。

(3) 航空運賃の割引

- ① 対 象 者 身体障害者手帳又は療育手帳又は精神保健福祉手帳を受けている方

手帳の種類	割 引 対 象 者	割引運賃額
身体、療育、 保健福祉	12歳以上の 本人及び介護者（1人）	各航空会社の設定する額 （国内定期路線のみ。国際線は不可。）

※ 詳細については各航空会社に事前にご確認ください。

※ 従来から手帳を所持している方は、割引印の押印が必要です。

- ② 購 入 障害者手帳を提示して航空券を購入してください。

(4) タクシー運賃の割引

- ① 対 象 者 身体障害者手帳又は療育手帳を受けている方

- ② 割 引 率 1割

- ③ 利用方法 タクシーの運転手に障害者手帳を提示してください。

※ 一部の運行会社で「精神障害者保健福祉手帳」を割引対象としている場合や、一部の福祉タクシー等で割引にならない場合があります。

詳細は各運行会社にご確認ください。

(5) 有料道路の割引

- ① 対 象 者 身体障害者手帳又は療育手帳を受けている方

種 別	割 引 要 件	割 引 率
第 1 種 障 害 者	本人が運転する場合又は 障がい者を乗せて介護者が運転する場合	5 割
第 2 種 障 害 者	本人が運転する場合（療育手帳Bは対象外）	

- ② 対 象 車 両 障がい者1人につき車両1台とし、本人又は本人と同一生計者が所有している車両。（営業に用いられていないこと。所有者が個人名義であること。）

ただし、第1種障害者の場合は介護者が所有する車両も可。

- ③ 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

- ④ 申 請 事前に窓口で有料道路割引制度の証明を受けてください。

ETC を 利 用 し な い 場 合	ETC を 利 用 す る 場 合
① 身体障害者手帳又は療育手帳	左記の①、②、③
② 登録する自動車の車検証	④ ETCカード（原則、障がい者本人名義のもの）
③ 運転免許証	⑤ ETCカードセットアップ申込書・証明書

※ ローン契約等により、所有者が法人名義の場合は契約書（写し）が必要となります。

- ⑤ 利用方法 料金所で割引証明のある手帳を提示してください。
（ETCを利用しない場合）

(6) NHK受信料の免除

- ① 対 象 者 身体障害者手帳又は療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳を受けている方（一部等級制限あり）

	対象者	対 象 要 件
全額免除	身体障がい者	身体障害者手帳をお持ちの方がいる世帯で、世帯全員が住民税非課税の場合
	知的障がい者	療育手帳をお持ちの方または知的障がいがあると判定された方がいる世帯で、世帯全員が住民税非課税の場合
	精神障がい者	精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方がいる世帯で、世帯全員が住民税非課税の場合
半額免除	視覚・聴覚障がい者	視覚障がい又は聴覚障がい身体障害者手帳をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合
	重度の身体障がい者	身体障害者手帳をお持ちで障害等級が重度（１、２級）の方が、世帯主で受信契約者の場合
	重度の知的障がい者	療育手帳をお持ちで重度の方または重度の知的障がいがあると判定された方が、世帯主で受信契約者の場合
	重度の精神障がい者	精神障害者保健福祉手帳をお持ちで障害等級が重度（１級）の方が、世帯主で受信契約者の場合

- ② 窓 口 福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

- ③ 申 請 日本放送協会北海道北営業センター（NHK旭川放送局）
電話０１６６－２４－７１００
所定の申請書に窓口で証明を受けてから日本放送協会に提出します。

項 目	手 続 き に 必 要 な も の
１．放送受信料免除申請 （全額免除・半額免除）	● 放送受信料免除申請書 ○ 身体障害者手帳、療育手帳（又は判定書）、精神障害者保健福祉手帳 ○ お客様番号（放送受信契約済みの方） ○ 印鑑 △ 所得証明書等（転入の場合等）

●印の書類（用紙）は窓口にあります

(7) ふれあい案内（無料番号案内）

- ① 対 象 者 身体障害者手帳（視覚障がい１～６級、上肢・体幹・運動機能障がい１、２級、聴覚障がい２、３、４、６級、音声機能障がい３、４級）、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

- ② 内 容 事前に登録することにより、無料で番号案内が利用できます。

- ③ 登 録 N T T 東日本
電話０１２０－１０４１７４（全国共通フリーダイヤル）
受付：平日午前９時～午後５時（土日、祝日、年末年始は休業）

□□□ 13. 相 談 窓 口 等 □□□□□□□

(1) 相談窓口等

名 称 等	事 業 内 容
美幌町地域包括支援センター 美幌町役場内 電話 75-3220	障がいのある方やご家族に、窓口や訪問等による相談を行い、必要な情報の提供、助言、障がい福祉サービスの利用支援等、地域における生活を支援します。
相談支援センターばれっと 美幌療育病院内 電話(代) 73-3145	利用対象者は、身体・知的・精神の障がいをはじめ、重症心身障がい、発達障がい、高次脳機能障がいのある方や、その家族・関係者などです。
身体障がい者相談員 小 形 勇 一 相談員 電話 72-2152	身体に障がいがある方の日常生活などにおけるさまざまな相談をお受けしています。北海道知事から委嘱を受けた相談員で随時受け付けております。
知的障がい者相談員 野 口 雅 子 相談員 電話 090-7658-4370	知的障がいがある方の日常生活などにおけるさまざまな相談をお受けしています。北海道知事から委嘱を受けた相談員で随時受け付けております。
民生委員・児童委員	地域で、障がいのある方の福祉についての相談や助言を行います。地区の民生委員（連絡先）がわからない場合は、役場民生障がい福祉グループにお尋ねください。
美幌町成年後見支援センター 美幌町役場内 電話 72-1165 (美幌町社会福祉協議会)	障がいのある方や高齢者の方が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、成年後見制度・日常生活自立支援事業などの相談や利用についてお手伝いをします。

(2) 関係機関・団体等

名 称 等	事 業 内 容
北見職業安定所美幌分室 (ハローワーク美幌) 電話 73-3555	就職を希望する障がいのある方に対して専門的な支援を行っています。
美幌町社会福祉協議会 美幌町役場内 電話 72-1165	配食サービス、介護機器貸出、移送サービス、各種相談支援、地域権利擁護事業など、高齢者や障がいのある方に対する支援を行っています。
身体障害者福祉協会 事務局 (美幌町社会福祉協議会) 電話 72-1165	身体に障がいのある方が互いにたすけあい、励ましながら、ふれあいを深め活動しています。また、各スポーツ大会の参加、研修会、親睦会など多くの活動をしています。
生活たすけあいサービス「さくらんぼ」 連絡先 (美幌町社会福祉協議会) 電話 72-1165	介護保険で対応できない家事援助や通院介助のサービスを提供しています。
インクルーシブネットワーク美幌 連絡先 電話 73-6567	美幌町及び周辺地域の障がい児(者)とその家族の福祉に寄与し、育成協力や将来の社会参加を目指して活動している団体・個人・企業などの会です。
手をつなぐ本人の会「フレンズ」 連絡先 電話 73-5507	知的障がいを持つ仲間の集まりで、ふれあいを深めるため花見・キャンプ・クリスマスなどいろいろな行事を行っています。
手話の会「ピポロ」 連絡先 代表 野田	毎週月曜日にマナビティーセンターで手話の練習、勉強を通じて、ろうあ者とのコミュニケーションや交流をはかり理解を深める活動をしています。見学も大歓迎です。

名 称 等	事 業 内 容
美幌療育病院 社会福祉法人 北海道療育園 連絡先 電話 73-3145	○療養介護 医療と常時介護を必要とする障がい者に、主に昼間において、介護及び日常生活上の援助を行います。 ○短期入所（医療型）
ワークセンターぴぼろ 社会福祉法人 北海道療育園 連絡先 電話 75-0330	○就労継続支援B型、就労移行支援 主にクリーニング（洗濯業務）、施設管理補助（清掃業務）の受託事業を行っています。 自立して地域で生活することなど、利用される方ひとりひとりの目標に合わせて、必要な訓練や作業の支援を行います。 ○共同生活援助（グループホーム）ソング・スマイル 地域で共同生活を希望する障がい者を対象に、相談や日常生活上の援助を行います。（男性、女性各5戸） ○短期入所（福祉型）
ワークセンターぴぼろ 新町あすなろ 電話 72-0836	○就労継続支援B型 主に施設管理補助（清掃業務）の受託事業を行っています。
NPO法人 マイスペース美幌 連絡先 電話 72-0107	○放課後等デイサービス、日中一時支援事業、移動支援事業など 障がい児・者の集う場を提供し、介護している家族に対して一時的に一定期間、介護等から解放することによって、日頃の心身の疲れを回復できるよう事業を行います。
六事化事業所 電話 77-3114	○就労継続支援B型 一般企業等での就労が困難な障がい者に、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
NPO法人 美幌えくぼ福社会 連絡先 電話 72-5575	○就労継続支援B型、就労移行支援、地域活動支援センター 精神・知的・身体の3障がい者が、お互いのハンディを個性として補完し合いながら交流を深め、利用者がそれぞれのペースで自立に向けて授産活動に取り組んでいます。 ○共同生活援助（グループホーム）コミュニティハウスあかり 地域で共同生活を希望する障がい者を対象に、相談や日常生活上の援助を行います。（男性4戸）



障がいのある方のための

福祉のしおり

令和7年度版

美幌町福祉部社会福祉課民生障がい福祉グループ

〒092-8650 網走郡美幌町字東2条北2丁目25番地

TEL 0152-77-6539（直通）

FAX 0152-72-4869
