

## 7 補装具及び日常生活用具

### ○ 補装具費の支給

身 難

身体障害者（児）や難病患者の方の不自由なところを補い、日常生活や職場での作業を容易にするために、障害者総合支援法に基づき、申請者に必要と認められる場合、補装具の購入、借受けまたは修理に係る費用の一部を公費で負担します。**※必ず修理・購入前にご相談ください。**

|       |                                                                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 身体障害者手帳を持っている方 <身体障害者（児）><br>難病の疾患による障害のある方 <難病><br>※ただし、障害者本人または配偶者のうち、市町村民税所得割の最多納税者の税額が 46 万円以上の場合は、対象となりません。 |
| 自己負担額 | 原則として、費用の 1 割が自己負担となります（所得等に応じて負担の上限があります）。ただし、費用が基準額を超えた場合、基準額の 1 割及び基準額を超えた費用が原則として自己負担となります。                  |
| 必要書類等 | 身体障害者手帳<身体障害者（児）><br>対象疾患に罹患していることがわかるもの<難病><br>※他に補装具意見書等<br>※支給対象者及び保護者について個人番号の提示が必要です。（巻末を参照ください）            |
| 窓口    | 障害福祉課 電話 029-883-1111（代）                                                                                         |
| 備考    | 介護保険法等による給付の対象とならない場合に限りします。                                                                                     |

#### <補装具の種類>

| 障害名                   | 種類                                                               |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|
| 肢体不自由関係               | 義肢、装具、車いす、電動車いす、歩行器、姿勢保持装置、歩行補助つえ（一本杖を除く）、重度障害者用意思伝達装置、車載用姿勢保持装置 |
| 視覚障害関係                | 視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡                                                  |
| 聴覚障害関係                | 補聴器、人工内耳（一部の修理のみ）                                                |
| 身体障害児及び対象疾患に罹患している児のみ | 起立保持具、排便補助具                                                      |

### ○ 日常生活用具の給付

身 知 精 難

日常生活がより円滑に過ごせるように必要に応じて、日常生活用具が給付されます。

**※必ず購入の前にご相談ください。**

|           |                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 自己負担額     | 原則として、費用の 1 割が自己負担となります。ただし、費用が基準額を超えた場合、基準額の 1 割及び基準額を超えた費用が自己負担となります。                 |
| 必要書類等（障害） | 証明となるもの（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）                                                       |
| 必要書類等（難病） | 対象疾患に罹患していることがわかるもの、難病患者日常生活用具給付用医師意見書                                                  |
| （共通）      | ※給付対象者について個人番号の提示が必要です。（巻末をご参照ください）                                                     |
| 窓口        | 障害福祉課 電話 029-883-1111（代）                                                                |
| 備考        | 介護保険法の対象となる方、医療機関に入院中の方、福祉施設に入所中の方及び 3 歳未満の方等は対象とならない場合があります。耐用年数内の再給付については、個別にご相談ください。 |

<障害児（者）>

令和7年4月現在

| 品目                   | 対象者                                                                              | 耐用年数 | 基準額                                                         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------|
| 特殊寝台                 | 下肢・体幹機能障害2級以上の者                                                                  | 8年   | 154,000 円                                                   |
| 特殊マット                | 1) 障害児の場合、下肢・体幹機能障害2級以上の者<br>2) 障害者の場合、下肢・体幹機能障害1級の者（常時介護を要するもの）<br>3) 療育手帳A以上の者 | 5年   | ①②の方 50,000 円<br>③の方 19,600 円                               |
| 特殊尿器                 | 下肢・体幹機能障害1級の者（常時介護を要する者）                                                         | 5年   | 67,000 円                                                    |
| 入浴担架                 | 下肢・体幹機能障害2級以上の者（入浴に介助を要する者）                                                      | 5年   | 82,400 円                                                    |
| 体位変換器                | 下肢・体幹機能障害2級以上の者（下着の着脱等に当たって家族等他人の介助を要する者）                                        | 5年   | 15,000 円                                                    |
| 移動用リフト               | 下肢・体幹機能障害2級以上の者                                                                  | 4年   | 159,000 円                                                   |
| 訓練いす（児のみ）            | 下肢・体幹機能障害2級以上の障害児                                                                | 5年   | 33,100 円                                                    |
| 訓練用ベッド（児のみ）          | 下肢・体幹機能障害2級以上の障害児                                                                | 8年   | 159,200 円                                                   |
| 入浴補助用具               | 下肢・体幹機能障害のある者（入浴に介助を要する者）                                                        | 8年   | 90,000 円                                                    |
| 便器                   | 下肢・体幹機能障害2級以上の者                                                                  | 8年   | 手すりなし 4,450 円<br>手すり付き 9,850 円                              |
| 頭部保護帽                | 1) 平衡・下肢・体幹機能障害または療育手帳A以上<br>2) 精神障害者のうち、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者                     | 3年   | スポンジ、革を主材料とするもの 15,200 円<br>スポンジ、革、プラスチックを主材料とするもの 36,750 円 |
| イヤーマフ                | 療育手帳A以上の者                                                                        | 3年   | 6,800 円                                                     |
| 音声キッチンスケール           | 18歳以上の視覚障害2級以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                                              | 5年   | 6,600 円                                                     |
| T字状・棒状のつえ            | 歩行補助つえの使用により歩行機能が補完される身体障害者                                                      | 3年   | 木製 2,200 円<br>軽金属製 3,000 円                                  |
| 移動・移乗支援用具（工事を伴わないもの） | 平衡・下肢・体幹機能障害のある者（家庭内の移動等において介助を要する者）または視覚障害2級以上の者                                | 8年   | 60,000 円                                                    |
| 特殊便器                 | 上肢機能障害2級以上の者（当該用具により、介助者なしで排せつ処理が可能になる者）                                         | 8年   | 151,200 円                                                   |
| 自動消火器                | 身体障害2級以上または療育手帳A以上の者で、火災発生の感知及び避難が著しく困難な者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                     | 8年   | 28,700 円                                                    |
| 電磁調理器                | 視覚障害2級以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）または18歳以上の療育手帳A以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）               | 6年   | 41,000 円                                                    |
| 歩行時間延長信号機用小型送信機      | 視覚障害2級以上の者                                                                       | 10年  | 7,000 円                                                     |
| 聴覚障害者用屋内信号装置         | 聴覚障害2級の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                                                      | 10年  | 87,400 円                                                    |

| 品目                           | 対象者                                                            | 耐用年数 | 基準額                  |                    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|------|----------------------|--------------------|
| 透析液加温器                       | じん臓機能障害３級以上の者（自己連続携帯式腹膜かん流法による透析療法を行う者に限る）                     | ５年   | 51,500 円             |                    |
| 動脈血中酸素飽和度測定器<br>（パルスオキシメーター） | 呼吸器機能・心臓機能障害３級以上の者<br>（在宅で人工呼吸器の装着が必要な者）<br>※令和８年９月１日より追加しました。 | ５年   | 157,500 円            |                    |
| ネブライザー                       | 呼吸器機能障害３級以上の者もしくは音声または言語機能障害があり、喉頭を摘出した者                       | ５年   | 36,000 円             |                    |
| 電気式たん吸引器                     | 呼吸器機能障害３級以上の者もしくは音声または言語機能障害があり、喉頭を摘出した者                       | ５年   | 56,400 円             |                    |
| 発動発電機                        | 呼吸器機能障害３級以上の者（在宅で人工呼吸器、電気式たん吸引器等を装着している者）                      | —    | 100,000 円            |                    |
| 酸素ボンベ運搬車                     | 医療保険における在宅酸素療法を行う身体障害者                                         | 10 年 | 17,000 円             |                    |
| 盲人用血圧計                       | 視覚障害２級以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                                  | ５年   | 10,000 円             |                    |
| 盲人用体温計                       | 視覚障害２級以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                                  | ５年   | 9,000 円              |                    |
| 盲人用体重計                       | 視覚障害２級以上の者（単身世帯またはこれに準じる世帯の者）                                  | ５年   | 18,000 円             |                    |
| 携帯用会話補助装置                    | 音声または言語機能障害のある者（発声・発語に著しい障害を有する者）                              | ５年   | 98,800 円             |                    |
| 情報・通信支援用具                    | 上肢機能障害２級以上または視覚障害２級以上の者                                        | ５年   | 100,000 円            |                    |
| 点字ディスプレイ                     | 視覚障害２級以上の者（学齢児童以上の者に限る）<br>で使用が可能かつ必要と認められる者                   | ６年   | 340,000 円            |                    |
| 点字器                          | 視覚障害者                                                          | ７年   | 据置型                  | 真鍮製<br>10,400 円    |
|                              |                                                                |      |                      | プラスチック製<br>6,600 円 |
|                              |                                                                | ５年   | 携帯用                  | アルミニウム製<br>7,200 円 |
|                              |                                                                |      |                      | プラスチック製<br>1,650 円 |
| 点字タイプライター                    | 視覚障害２級以上で、就労もしくは就学している者<br>または就労が見込まれる者                        | ５年   | 63,100 円             |                    |
| 視覚障害者用<br>ポータブルレコーダー         | 視覚障害２級以上の者                                                     | ６年   | 録音、再生機能付<br>85,000 円 |                    |
|                              |                                                                |      | 再生機能のみ<br>35,000 円   |                    |
| 視覚障害者用<br>活字文書読上げ装置          | 視覚障害２級以上の者                                                     | ６年   | 99,800 円             |                    |
| 視覚障害者用読書器                    | 視覚障害者で本装置により文字等を読みまたは聴き<br>取ることが可能となる者                         | ８年   | 198,000 円            |                    |
| 盲人用時計                        | 視覚障害２級以上の者                                                     | 10 年 | 触覚式時計                | 10,300 円           |
|                              |                                                                |      | 音声式時計                | 13,300 円           |

| 品目           | 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 耐用年数 | 基準額                                                        |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|
| 点字図書         | 視覚障害のある者                                                                                                                                                                                                                                                                                                | —    | 年間6タイトル24巻に限り、点字図書の価格から一般図書購入費相当額を控除した額（月刊、週間等で発行される雑誌を除く） |
| 視覚障害者用ラジオ    | 視覚障害2級以上の者                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 6年   | 29,000円                                                    |
| 聴覚障害者用通信装置   | 聴覚障害もしくは音声または言語機能障害のある者（コミュニケーション、緊急連絡等の手段として給付の必要があると認められる者に限る）                                                                                                                                                                                                                                        | 5年   | 30,000円                                                    |
| 聴覚障害者用情報受信装置 | 聴覚障害者で本装置によりテレビの視聴が可能になる者                                                                                                                                                                                                                                                                               | 6年   | 88,900円                                                    |
| 人工喉頭         | 音声または言語機能障害があり喉頭を摘出した者                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 4年   | 呼吸式 5,000円                                                 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5年   | 電動式 72,000円                                                |
| 居宅生活動作補助用具   | 下肢機能障害もしくは体幹機能障害または脳原性運動機能障害（移動機能障害に限る）3級以上の者                                                                                                                                                                                                                                                           | —    | 200,000円<br>※対象者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             |
| ストマ用装具       | ぼうこうまたは直腸機能障害のある者                                                                                                                                                                                                                                                                                       | —    | 腸管用月額 9,200円<br>尿管用月額 12,000円                              |
| 紙おむつ等        | 3歳以上であって次のいずれかに該当する者<br>1) ぼうこう又は直腸機能障害のある身体障害者でストマ周辺の皮膚に著しいびらんがある等の理由でストマ用装具の装着が困難な者<br>2) 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する二分脊椎等の神経障害による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のある者<br>3) 脳原性運動機能障害等により特に排せつ介助が必要であると認められる者<br>4) 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で、紙おむつ等の用具類を必要とする者<br>5) 下肢機能障害もしくは体幹機能障害2級以上の者のうち、紙おむつ等の用具類を必要とする者 | —    | 月額 12,000円                                                 |
| 収尿器          | 脊髄損傷等による排尿障害（常時失禁のある場合に限る）のある身体障害者のうち、収尿器の使用が必要であると認められる者                                                                                                                                                                                                                                               | 1年   | 男性用 7,700円<br>女性用 8,500円                                   |

<難病>※審査の結果、対象外となることがあります。

令和 6 年 4 月現在

| 品 目                       | 対象者                                         | 耐用<br>年数 | 基準額                 |
|---------------------------|---------------------------------------------|----------|---------------------|
| 便器                        | 常時介護を要する者                                   | 8 年      | 手すりのないもの<br>4,450 円 |
|                           |                                             |          | 手すり付きのもの<br>9,850 円 |
| 特殊マット                     | 寝たきりの状態にある者                                 | 5 年      | 50,000 円            |
| 特殊寝台                      | 寝たきりの状態にある者                                 | 8 年      | 154,000 円           |
| 特殊尿器                      | 自力で排尿できない者                                  | 5 年      | 67,000 円            |
| 体位変換器                     | 寝たきりの状態にある者                                 | 5 年      | 15,000 円            |
| 入浴補助用具                    | 入浴に介助を要する者                                  | 8 年      | 90,000 円            |
| 移動・移乗支援用具                 | 下肢が不自由な者                                    | 8 年      | 60,000 円            |
| 電気式たん吸引器                  | 呼吸器機能に障害のある者                                | 5 年      | 56,400 円            |
| ネブライザー(吸入器)               | 呼吸器機能に障害のある者                                | 5 年      | 36,000 円            |
| 発動発電機                     | 人工呼吸器、電気式たん吸引器等装着している者                      | —        | 100,000 円           |
| 移動用リフト                    | 下肢または体幹機能に障害のある者                            | 4 年      | 159,000 円           |
| 居宅生活動作補助用具                | 下肢または体幹機能に障害のある者                            | —        | 200,000 円           |
| 特殊便器                      | 上肢機能に障害のある者(当該用具により介助者なしで排せつ処理が可能になる者)      | 8 年      | 151,200 円           |
| 訓練用ベット                    | 下肢または体幹機能に障害のある者                            | 8 年      | 159,200 円           |
| 自動消火器                     | 火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する者 | 8 年      | 28,700 円            |
| 動脈血中酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | 人工呼吸器の装着が必要な者                               | 5 年      | 157,500 円           |
| T 字状・棒状のつえ                | 下肢または体幹機能に障害のある者                            | 3 年      | 木製のもの<br>2,200 円    |
|                           |                                             |          | 軽金属のもの<br>3,000 円   |

## ○ 知的障害者紙おむつ購入費の助成

知

知的障害のある方で、在宅で紙おむつを必要とする方（3 歳以上）に 1 年度 1 回、知的障害者紙おむつ購入助成券を交付します。

|       |                                                                                                            |          |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
| 対象者   | 療育手帳を持っている方                                                                                                |          |  |
| 助成額   | 1 人につき                                                                                                     |          |  |
|       | 4 月から 6 月までの間に助成の申請をしたとき                                                                                   | 60,000 円 |  |
|       | 7 月から 9 月までの間に助成の申請をしたとき                                                                                   | 45,000 円 |  |
|       | 10 月から 12 月までの間に助成の申請をしたとき                                                                                 | 30,000 円 |  |
|       | 1 月から 3 月までの間に助成の申請をしたとき                                                                                   | 15,000 円 |  |
| 必要書類等 | 療育手帳                                                                                                       |          |  |
| 窓口    | 障害福祉課 電話 029-883-1111（代）                                                                                   |          |  |
| 備考    | 医療機関に入院中の方、福祉施設に入所中の方及び 3 歳未満の方等、つくば市の他の制度により紙おむつの給付を受けている方は対象となりません。<br>交付に一定の条件がありますので、詳細については、お問合せください。 |          |  |

## ○ 人工内耳用電池購入費の助成

聴覚に障害があり人工内耳を装用している方に対し、人工内耳用電池の購入費の一部を助成します。

|       |                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 聴覚障害があり人工内耳を装用している方                                                       |
| 助成額   | 1人につき年額 30,000 円を上限に支給する。                                                 |
| 必要書類等 | 身体障害者手帳、人工内耳の使用を確認できるもの（人工内耳装用者カードなど）、振込先の口座番号が確認できるもの、人工内耳用電池を支払された際の領収書 |
| 窓口    | 障害福祉課 電話 029-883-1111（代）                                                  |

## ○ 災害時に備えた用品等の保管

オストメイト（人工肛門・人工膀胱を造設している方）が災害時に使用するストマ用装具を市役所で保管します。

|       |                                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 市内に居住または通勤・通学するオストメイトで、市役所での保管を希望される方                                                             |
| 保管する物 | 個人が使用しているストマ用装具（概ね 1 週間分）                                                                         |
| 管理方法  | 保管期間を 1 年間とし、更新の通知は行いません。<br>保管期間が過ぎる前に、ストマ用装具の入替えをしてください。<br>保管期間を過ぎても入替えが無い場合は、市で廃棄処分する場合があります。 |
| 窓口    | 障害者地域支援室 電話 029-883-1111（代）                                                                       |

医療的ケアを日常的に必要としている方が災害時に必要とする医療的ケア用品（呼吸器予備回路、経管栄養用管、精製水、栄養剤など）を市役所で保管します。

|       |                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者   | 市内に居住する医療的ケアが必要な方で、市役所での保管を希望される方                                                                  |
| 保管する物 | 個人が必要とする医療的ケア用品（概ね 1 日分）                                                                           |
| 管理方法  | 保管期間を 1 年間とし、更新の通知は行いません。<br>保管期間が過ぎる前に、医療的ケア用品の入替えをしてください。<br>保管期間を過ぎても入替えが無い場合は、市で廃棄処分する場合があります。 |
| 窓口    | 障害福祉課 電話 029-883-1111（代）                                                                           |

## ○ 車いすの貸与

無料・期限付きで車いすを貸与します。

|      |                                                  |
|------|--------------------------------------------------|
| 対象者  | 介護保険制度や障害福祉サービスを利用できない方、けがや病気などで車いすを一時的に必要としている方 |
| 貸与期間 | 最大で 3 か月まで                                       |
| 窓口   | つくば市社会福祉協議会 在宅福祉係 電話 029-879-5923                |