



～補装具費支給制度のご案内～

補装具とは、身体障害者（児）や難病患者等（障害者総合支援法の政令に定める疾病により障害の程度が継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度の方）が、失われた身体機能を補完または代替するための用具です。補装具費支給制度では、費用の一部を支給します。

購入、借受け又は修理ができる補装具の種類は、障害の種別や状態により異なります。対象要件や手続き方法については、お住まいの区の福祉保健センターへご相談ください。

1 補装具の種類

種 類	備考
視覚障害者安全つえ	
義 眼	
眼 鏡	
補聴器	
人工内耳（音声信号処理装置に限る）	修理のみ
義 肢	義 手
	義 足
装 具	
姿勢保持装置	

種 類	備考
車椅子	介護保険優先
電動車椅子	介護保険優先
歩行器	介護保険優先
歩行補助つえ	介護保険優先
重度障害者用意思伝達装置	
座位保持いす	18 歳未満のみ
起立保持具	18 歳未満のみ
頭部保持具	18 歳未満のみ
排便補助具	18 歳未満のみ

2 手続きに必要なもの（購入、借受け又は修理をする前に申請が必要です。）

※ 対象者ご本人以外が申請される場合は、申請する方の身元確認資料をご持参ください。

①	個人番号（マイナンバー）のわかるもの （児童の場合は、保護者の個人番号も必要）	心身に障害がある、制度対象となる方のもの。 対象が児童の場合、保護者（申請者）の分も必要です。
②	障害が要件の方	障害者手帳等
	難病が要件の方	疾病名に分かる診断書 本人確認書類
③	見積書	本市で登録している事業者にて作成を依頼し、お持ちください。
④	医学的判定（意見）書	* 18 歳以上
	補装具費支給意見書	* 18 歳未満
⑤	補装具費給付申請書	福祉保健センター窓口にあります。修理等、意見書が不要の場合があります。 申請時に窓口にて記入してください。
⑥	世帯状況・収入等申告書	
⑦	（市外から転入され市民税が横浜市で課税されていない場合） 市民税課税証明書（※16 歳未満の扶養を確認する場合）	対象者の年齢や世帯構成、税額等によって、省略が可能な場合があります。事前に相談窓口でご確認ください。

3 利用者負担額

利用者負担額は、原則として、**1割負担**です。ただし、世帯（18歳以上の障害者：本人と配偶者、18歳未満の障害児：保護者の属する世帯全員（単身赴任等の保護者を含む。）の課税状況に応じて、負担上限月額が設定されています。

区 分		世帯の課税状況等	負担上限月額
生活保護世帯		生活保護世帯等の方 ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている場合を含む。	0 円
低所得		市民税非課税（注1）世帯	0 円
一般	<u>障害児</u>	<u>市民税課税世帯</u>	37,200 円
	<u>障害者</u>	市民税課税世帯であって、市民税所得割額（注1）が最も高い方の税額が、46 万円未満（注2）の世帯	
<u>制度対象外（注3）</u>		<u>障害者</u>	<u>本人または配偶者の市民税所得割額（注1）が、46 万円以上（注2）の世帯</u>

（注1） 市民税額は、①申請する月が7～翌年3月の場合：当該年度、②4～6月の場合：前年度のものを、確認します。

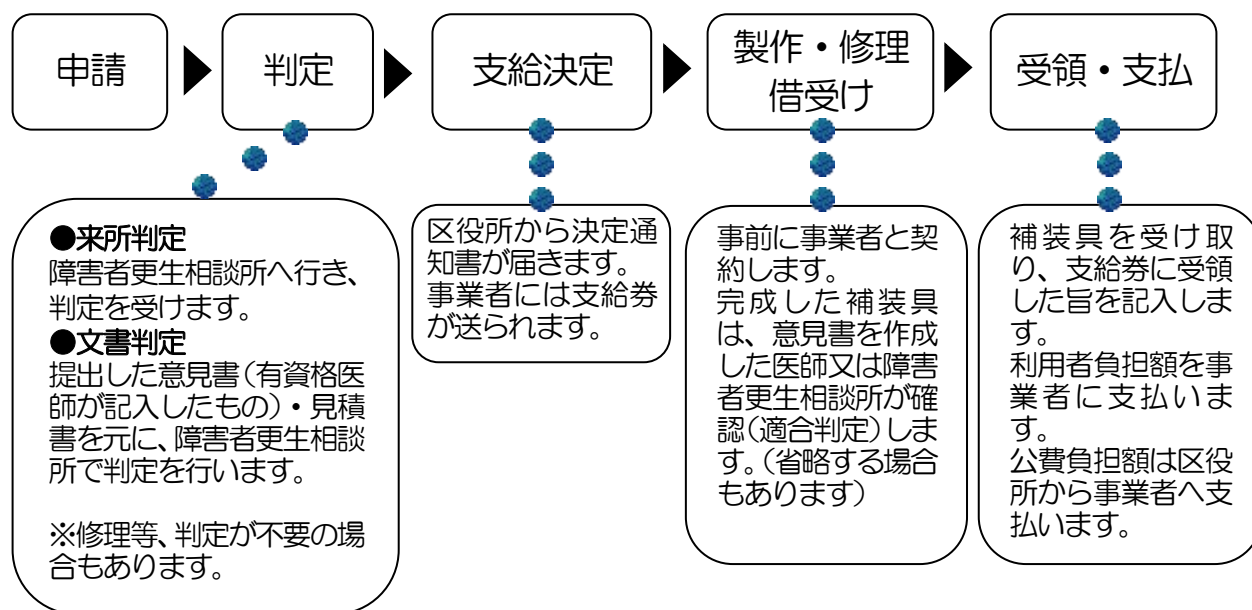
（注2） ①指定都市にお住まいの方であっても、平成29年度税制改正前の標準税率（6%）を用います。

②所得割額は、住宅借入金等特別税額控除及び寄付金税額控除については、控除される前の額を用います。

③年少・特定扶養親族控除については、廃止される前の計算を用います。

（注3） 所得超過により当該制度の対象とならない18歳以上の障害者の方については、補装具費特別助成の対象となる可能性があります。詳しくはお住いの区の高齢・障害支援課にご相談ください。

4 支給の流れ



【お問合せ先】

区役所 福祉保健センター

課

TEL

FAX

〒

—

横浜市

区

横浜市健康福祉局障害自立支援課 福祉給付係 TEL 671-3891（市役所本庁）

FAX 671-3566（市役所本庁）