

3. 障害児入所支援

コザ児童相談所 TEL : 937-0859 FAX : 938-7288

福祉型障害児入所施設	医療型障害児入所施設
施設において、保護、日常生活の指導、独立生活に必要な知識技能の付与を行うことを目的とする施設です。	施設において、保護、日常生活の指導、独立生活に必要な知識技能の付与および治療を行うことを目的とする施設です。

4. 高額障害福祉サービス等

障がい福祉課 支援係 TEL : 939-1212 内線 : 3155・3156・3160・4100

高額障害福祉サービス等
同世帯に障害福祉サービス等を利用する方がいる場合や、1人で複数の障害福祉サービス等を利用している場合、世帯における1か月の利用者負担の合計が基準額を超えた場合に手続きを行うと超過分の金額が払い戻される場合があります。詳しくはお問い合わせください。

補装具・日常生活用具等

日常生活の能率の向上または便宜を図るため、補装具費を給付または日常生活用具を給付するものです。ただし、世帯の市町村民税額に応じて自己負担があります。

1. 補装具の給付

障がい福祉課 給付係 TEL : 939-1212 内線 : 3154・3157・3158

対象

身体障害者手帳を交付されている方および難病患者等。ただし、介護保険被保険者で介護保険に定める福祉用具が貸与されている方を除く。所得制限あり。

内容

障がい者等の失われた身体機能を補完または代償する補装具が必要であると更生相談所等の医師が判定したとき、障がいの内容および程度に応じ補装具の交付、修理、借受けに対する費用の支給が受けられます。詳しくは、障がい福祉課給付係にお問い合わせください。

必要なもの

- 身体障害者手帳
- 医学的判定（意見）書等
- 補装具の見積書（特定医療費指定難病受給者証）
- 市町村民税課税（非課税）証明書（その年の1月1日に沖縄市に住民登録のない方）
- マイナンバーカード（※P49参照）
- 生活保護証明書（生活保護受給の方）
- 代理申請の場合、代理の方の本人確認できるもの

補装具の種目

区分	種目	名称
義肢	義手	肩義手・手義手・上腕義手・手部義手・肘義手・手指義手・前腕義手
	義足	股義足・果義足・大腿義足・足根中足義足・膝義足・足指義足・下腿義足
装具	下肢装具	長下肢装具・足底義足・短下肢装具・股装具・ツイスター・肘装具・先天性股脱装具内反足装具
	靴型装具	靴型装具
	体幹装具	頸椎装具・仙腸装具・胸椎装具・側彎矯正装具・腰椎装具
	上肢装具	型装具・把持装具・肘装具・MP（屈曲および伸展）装具・手背屈装具・長対立装具指装具・短対立装具・BFO
姿勢保持装置	姿勢保持装置	姿勢保持装置
その他	盲人安全つえ	普通用・携帯用
	義眼	普通義眼・特殊義眼・コンタクト義眼
	眼鏡	コンタクトレンズ・矯正眼鏡・弱視眼鏡・遮光眼鏡
	補聴器	重度難聴用箱型・重度難聴用耳掛型・高度難聴用箱型・高度難聴耳掛型・挿耳型骨導式箱型・骨導式眼鏡型
	車いす	普通型・リクライニング式普通型・ティルト式普通型・リクライニング・ティルト式普通型等
	電動車いす	普通型、リクライニング式、電動リクライニング式、電動リフト式等

区分	種目	名称
その他	※座位保持いす	座位保持いす
	※起立保持具	起立保持具
	歩行器	六輪型、四輪型(腰掛つき)、四輪型(腰掛なし)三輪型、二輪型、固定式、交互型
	※頭部保持具	頭部保持具
	※排便補助具	排便補助具
	歩行補助つえ	松葉づえ、カナディアンクラッチ、ロフトランドクラッチ、多脚杖、プラットホーム杖
	重度障がい者用意思伝達装置	重度障がい者用意思伝達装置

※は、身体障がい児のみ

2. 日常生活用具の給付

障がい福祉課 給付係

TEL : 939-1212 内線 : 3157・3158

対象

身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の交付を受けた在宅の重度障がい児・者および難病患者等。ただし、介護保険被保険者で介護保険に定める福祉用具が貸与される方を除く。所得制限あり。
※用具の種目ごとに対象者が異なります。詳しくはお問い合わせください。

必要なもの

- 身体障害者手帳または療育手帳または精神福祉手帳
- 特定疾病受給者証(難病の方)
- 日常生活用具の見積書
- 市町村民税課税(非課税)証明書
(その年の1月1日に沖縄市に住民登録のない方)
- 生活保護証明書(生活保護受給の方)
- 医師意見書(必要時)
- 代理申請の場合、代理の方の本人確認できるもの

日常生活用具の種目

◎介護・訓練支援用具

特殊寝台

下肢または体幹機能障害2級以上の方、原則として学齢児以上の方

- 耐用年数 8年

特殊マット(A)

下肢または体幹機能障害の程度が1級以上であると記載された常時介護を有する者。原則として3歳以上の方。療育手帳の交付を受けた方で、障がいの程度が重度または最重度である方。原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 5年

特殊マット(B)

下肢または体幹機能障害の程度が1級であると記載され体位変換が困難であり常時介護を要する方。ただし、医師の意見書等により特殊マット(B)の必要性が認められる方に限る。原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 6年

特殊尿器

下肢または体幹機能障害1級の方、原則として学齢児以上の方(常時介護を要する方に限る。)

- 耐用年数 5年

◎生活支援用具

入浴担架

下肢または体幹機能障害2級以上の方(入浴にあたって、家族等他人の介助を要する方に限る。)、原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 5年

体位変換器

下肢または体幹機能障害2級以上の方で、原則として学齢児以上の方(下着交換等にあたって、家族等他人の介助を要する方に限る。)

- 耐用年数 5年

移動用リフト

下肢または体幹機能障害2級以上で、原則として3歳以上の方。(家族等他人の介助を要する方に限る。)

- 耐用年数 5年

訓練いす(児のみ)

下肢または体幹機能障害2級以上で、原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 5年

◎自立生活支援用具

特殊ミルク

先天性代謝異常症等(ARC症候群等)の治療のために特殊ミルクを必要とする方。ただし、医師の意見書により必要と認められること。(その他、優先されるべき補助等がある場合には認められない。)

- 耐用年数 1か月

入浴補助用具

下肢または体幹機能障害2級以上の方で、入浴に介助を要する方。原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 8年

便器

下肢または体幹機能障害2級以上の方で、原則として学齢児以上の方。

- 耐用年数 8年

頭部保護帽

下肢もしくは体幹機能障がい者で、転倒等により頭部を強打するおそれのある方。療育手帳または精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する方。

- 耐用年数 3年

T字状・棒状のつえ

平衡機能、下肢または体幹機能障害、内部障害の方であって、比較的障がいの程度が軽度であり、つえの使用により歩行機能が補完される方。

- 耐用年数 3年

移動・移乗支援用具

平衡機能または下肢もしくは体幹機能障害の方で、家庭内の移動等において解除を必要とする方。原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 8年

特殊便器

上肢機能障害の程度が2級以上である方。療育手帳の交付を受けた方で、障がいの程度が重度または最重度である方。原則として学齢児以上の方。

- 耐用年数 8年

火災警報器

障害等級が2級以上である方。障がいの種別に関わらず火災発生の感知・避難が困難な方。療育手帳の交付を受けた方であって、火災発生の感知・避難が著しく困難な方。

- 耐用年数 8年

自動消火器

障害等級が2級以上である方。障がいの種別に関わらず火災発生の感知・避難が困難な方。療育手帳の交付を受けた方であって、火災発生の感知・避難が著しく困難な方。

- 耐用年数 8年

電磁調理器

視覚障害2級以上の方。療育手帳の交付を受けた方で障がいの程度が重度または最重度である方。原則として18歳以上の方。

- 耐用年数 6年

歩行時間延長信号機用小型送信機

視覚障害2級以上であって、原則として学齢児以上の方。

- 耐用年数 10年

聴覚障害者用屋内信号装置

聴覚障害2級以上の方（聴覚障がい者のみの世帯およびこれに準ずる世帯に即する方で、日常生活上必要と認められるものに限る。）

- 耐用年数 10年

◎在宅療養等支援用具

蓄電池※

医療的ケアが必要なものであって、人工呼吸器、酸素濃縮器などの生命・身体機能の維持に必要な電気式の医療機器を日常的に使用している方。

- 耐用年数 5年

発電機※

医療的ケアが必要なものであって、人工呼吸器、酸素濃縮器などの生命・身体機能の維持に必要な電気式の医療機器を日常的に使用している方。

- 耐用年数 10年

DC/AC インバーター（カーインバーター）※

医療的ケアが必要なものであって、人工呼吸器、酸素濃縮器などの生命・身体機能の維持に必要な電気式の医療機器を日常的に使用している方。

- 耐用年数 5年

※要意見書

給付対象者1人につき、蓄電池・発電機・DC/ACインバーター（カーインバーター）3種目のどちらか1台を給付

足踏み式・手動式たん吸引器

医療的ケアが必要なものであって、電気式たん吸引器を日常的に使用している方

- 耐用年数 5年 意見書等必要

◎在宅療養等支援用具

透析液加湿器

腎臓機能障害3級以上の方で原則として3歳以上の方。

- 耐用年数 5年

ネブライザー（呼吸器）

呼吸器機能障害3級以上または同程度の身体障がいの方で必要と認められる方。

- 耐用年数 5年 ※意見書が必要な場合があります。

電気式たん吸引器

呼吸器機能障害3級以上または同程度の身体障がいの方で必要と認められる方。

- 耐用年数 5年 ※意見書が必要な場合があります。

酸素ボンベ運搬車（者のみ）

身体障害者の手帳の交付を受けた方で在宅酸素療法を行う方。

- 耐用年数 10年

動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

在宅酸素療法を行っている方、または人工呼吸器の装着が必要な方であって、医師の意見書により必要と認められること。

- 耐用年数 5年

視覚障害者用体温計（音声式）

視覚障害2級以上の方で、原則として学齢児以上の方。

- 耐用年数 5年

視覚障害者用体重計

視覚障害2級以上の方。

- 耐用年数 5年

視覚障害者用血圧計

視覚障害2級以上の方。ただし、40歳未満の方については医師の意見書により必要性が認められる方。

- 耐用年数 5年

◎情報・意思疎通支援用具

携帯用会話補助装置

音声機能もしくは言語機能障がいの方または肢体不自由の方のうち、発声または発語に著しい障がいを有する方で、それぞれ原則として学齢児以上の方。

- 耐用年数 5年

情報・通信支援用具

視覚または上肢機能障害2級以上の方。

- 耐用年数 5年

点字ディスプレイ

視覚障害および聴覚障害の重複障がい者（原則として視覚障害2級以上かつ聴覚障害2級以上）または視覚障害1級以上で、点字を習得しており、就学、就労に必要と認められる方。

- 耐用年数 6年

点字器

視覚障がいの方。
● 耐用年数 7年

点字タイプライター

視覚障害 2 級以上の方。
● 耐用年数 5年

視覚障害者用ポータブルレコーダー

視覚障害 2 級以上の方で、原則として学齢児以上の方。
● 耐用年数 6年

地デジ対応ラジオ

身体障害者手帳の交付を受けた方であって、当該手帳に身体上の障害（視覚障害に限る）の程度が 2 級以上である方。原則として学齢児以上の方。

● 耐用年数 5年

視覚障害者用活字文書読上げ装置

視覚障害 2 級以上の方で、原則として学齢児以上の方。
● 耐用年数 6年

視覚障害者用拡大読書器

視覚障がいの方で、本装置により文字等を読むことが可能になる方で原則として学齢児以上の方。

● 耐用年数 8年

視覚障害者用時計（者のみ）

視覚障害 2 級以上の方。
● 耐用年数 5年

聴覚障害者用情報受信装置

聴覚障害の方であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる方。

● 耐用年数 6年

聴覚障害者用情報受信装置

聴覚障害の方であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる方。

● 耐用年数 6年

人工喉頭

音声言語機能障害の記載がある方で喉頭を摘出した方。ただし、医師の意見書等により、必要性が認められる方に限る。

● 耐用年数 笛式4年 電動式5年

人工喉頭（埋込型用人工鼻）

音声言語機能障害の記載がある方で喉頭を摘出した方。ただし、常時埋め込み型の人工喉頭を使用する方に限る。気管孔に取り付けるフィルター（HME カセット）およびペースプレート（アドヒーズ）に限る。

● 耐用年数 1か月

点字図書

視覚障害の記載のある方。

◎排泄管理支援用具

ストマ装具（消化器系）

直腸機能障害の記載がある方。ただし、人工肛門造設者に限る。

● 耐用年数 1か月

ストマ装具（尿器系）

膀胱機能障害の記載がある方。ただし、人口膀胱造設者に限る。

● 耐用年数 1か月

紙おむつ

- ① 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんまたはストマの変形のためストマ装置を装着できない方で、紙おむつ等の用具類を必要とする方。
- ② 直腸機能障害または膀胱機能障害の記載があるもので、かつ先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿（排便）機能障害のあるものおよび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方で、紙おむつ等の用具類を必要とする方。原則として 3 歳以上の方。
- ③ 脳原性運動機能障害の記載がある方で、判断書により排尿（排便）の意思表示が困難で紙おむつ等の用具類を必要とすると認められる方。原則として 3 歳以上の方。
- ④ 療育手帳の交付を受けた方で、障がいの程度が最重度または重度（A1・A2）である方。毎年度に 1 回、紙おむつ判定書による排尿（排便）の意思表示が困難で、かつ常時紙おむつ等の用具類を必要とすると認められる方。原則として 3 歳以上の方。

収尿器

下肢または体幹機能障害の記載がある方。ただし脊髄損傷等による排尿障害（特に失禁のある場合）のため収尿器を必要とする方に限る。

● 耐用年数 1年

◎居宅生活動作補助用具

住宅改修費

体幹機能障害または下肢機能障害、脳原性運動機能障害の記載がある方で障害の程度が 3 級以上の方。（ただし、特殊便器への取替えをする場合は上肢 2 級以上の方）

- ① 手すりの取付け
- ② 段差の解消
- ③ 滑り防止および移動の円滑化等のため床または通路面の材料の変更
- ④ 引き戸等への扉の取替え
- ⑤ 洋式便器等への便器の取替え
- ⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修。ただし、給付対象者が現に居住する住宅について行われるものであり、借家の場合は家主の承諾を必要とする。

3. 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業

障がい福祉課 給付係 TEL: 939-1212 内線: 3157

対象

小児慢性特定疾病医療の対象者（ただし、他法優先となります）

内容

便器・特殊マット・特殊便器・特殊寝台・歩行支援用具・入浴補助用具・特殊尿器・体位変換器・車いす・頭部保護帽・電気式たん吸引器・クールベスト・紫外線カットクリーム・ネブライザー（吸入器）・パルスオキシメーター・ストマ装具（畜便袋、畜尿袋）・人工鼻。ただし、世帯の所得に応じて費用の一部負担があります。

4. 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業

障がい福祉課 給付係 TEL: 939-1212 内線: 3154・3157

対象

18歳未満(申請日時点)で聴覚の身体障害者手帳を取得できない程度の難聴のある方。(いずれかの耳または両耳の聴力レベルが30デシベル以上)

内容

身体障害者手帳の交付対象とならない聴覚の程度にある18歳未満の児童へ補聴器の購入費等の一部を助成します。

必要なもの

- 医師意見書
 - 見積書 ほか
- ※他の法令等の規定(障害者総合支援法など)による給付が受けられる場合は、対象外となります。詳しくは窓口でお問い合わせください。

その他の支援

1. 手話通訳者の派遣

障がい福祉課 手話通訳担当
TEL: 939-1212 内線: 3211 FAX: 939-7739
syuwa@city.okinawa.lg.jp

対象

沖縄市内に居住する、身体障害者手帳(聴覚障害・音声・言語機能障害)を交付されている方、または聴覚に障がいのある方

内容

公的機関(市役所・警察署・税務署等)、医療機関等へ行くときまたは公的機関等が開催する研修会や行事等に出席する場合等に、手話通訳者等を派遣します。派遣希望する日の7日前(閉庁日を含まない)までに申請が必要です。

2. 手話通訳者設置事業

障がい福祉課 手話通訳担当
TEL: 939-1212 内線: 3211

対象

聴覚障がい者、音声・言語機能障がい者

内容

手話通訳者を障がい福祉課に配置して事務手続き等の利便を図っています。

設置時間

平日 午前9時～午後5時15分
(土日祝日、年末年始、慰霊の日を除く)

3. 要約筆記者の派遣

障がい福祉課 要約筆記担当
TEL: 939-1212 内線: 3159・3164
youyaku@city.okinawa.lg.jp

対象

沖縄市内に居住する、身体障害者手帳(聴覚障害・音声・言語機能障害)を交付されている方。または聴覚に障がいのある方

内容

公的機関(市役所・警察署・税務署等)、医療機関等へ行くとき、または公的機関等が開催する研修会や行事等に出席する場合等に、話の内容を要約し文字にして伝える要約筆記者等を派遣します。派遣を希望する日の14日前までに申請が必要です。

4. 在宅訪問歯科診療

沖縄県歯科医師会 在宅歯科支援センター
TEL: 888-0648

対象

歯科診療所に通院が困難な方

内容

お口のことで困っているが、歯科診療所に通院が困難な方を対象に、歯科医師や歯科衛生士がご自宅、入居施設に向いて歯科診療や口腔ケアを行います。

申込み方法

ご本人またはご家族、入居施設職員の方が在宅歯科支援センターにお電話でご相談ください。

診療日

平日 午前9時～午後5時

5. 緊急通報システム

ちゅいしいじい課 管理係
TEL: 939-1212 内線: 3181・3184

対象

市内に住所がある一人暮らしの重度身体障がい者、在宅の一人暮らしの65歳以上の方、または高齢者と障がい者のみで構成される世帯の方で慢性疾患等があるなど、日常生活を営む上で常時注意を必要とする方。