

No. 20

制 度 名	小美玉市障がい者手帳等診断料助成金	主管課名	社会福祉課								
趣旨・目的	身体又は精神に障がいのある方が、障がい者手帳等の交付を受ける際に必要となる医師の診断書の料金を助成することにより、障がい者の福祉の増進を図ります。										
<p>【対象団体等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小美玉市に住所を有する方（個人） <p>【対象事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体障がい者手帳交付申請、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請又は精神障がい者保健福祉手帳交付申請に必要な医師診断書料金の助成 <p>【補助要件等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次の各号に掲げる障がい手帳等の申請の際に必要な診察及び検査を受けて医師の診断書を提出した方で、当該申請に係る障がい者手帳等の交付を受けた方又はその保護者 <p>(1) 身体障害者福祉法(昭和 24 年法律第 283 号)第 15 条第 1 項に規定する身体障がい者手帳交付若しくは身体障害者福祉法施行令(昭和 25 年政令第 78 条)第 10 条に規定する身体障がい者手帳の再交付</p> <p>(2) 精神保健及び精神障がい者福祉に関する法律(昭和 25 年法律第 123 号)第 45 条第 1 項に規定する精神障がい者保健福祉手帳の交付</p> <p>(3) 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)第 52 条の規定による自立支援医療費(精神通院)支給認定</p> <p>■小美玉市障がい者手帳等診断書料助成金交付要綱</p> <p>【対象経費】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断書の作成に要した費用（診断書料） <p>【補助限度額等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象経費の 10/10。ただし、補助限度額は 5 千円/件とする。 <p>【経費負担割合】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>市</th> <th>受益者負担</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手帳等申請診断書料</td> <td>10/10 (5 千円を限度)</td> <td>補助限度額 を超える額</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【平成 31 年度当初予算額】 2,021 千円</p> <p>【補助対象想定数】 470 (人)</p> <p>【備考】 障がい福祉係</p>				区 分	市	受益者負担	その他	手帳等申請診断書料	10/10 (5 千円を限度)	補助限度額 を超える額	
区 分	市	受益者負担	その他								
手帳等申請診断書料	10/10 (5 千円を限度)	補助限度額 を超える額									