

## 大阪市重度障がい者日常生活用具福祉電話給付要綱

### (趣 旨)

第1条 この要綱は、大阪市重度障がい者日常生活用具福祉電話給付事業に係る申請、決定等について必要な事項を定めるものとする。

### (目 的)

第2条 この事業は、在宅の障がい者の日常生活におけるコミュニケーション、緊急連絡の手段を確保するため、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77条第1項第6号の規定に基づき、日常生活用具福祉電話（以下「用具」という。）を給付することにより、その福祉の増進を図る。

### (定 義)

第3条 この要綱において、「障がい者」とは、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障がい者手帳の交付を受けている者をいう。

### (対象者)

第4条 用具の給付を受けることのできる者は市内に居住する障がい者で、次の各号のいずれにも該当する者であること。

- (1) 自宅に適当な用具を有しない者
- (2) 外出困難な身体障がい者で障がいの程度が2級以上の者又は聴覚障がい、音声機能障がいもしくは言語機能障がい3級以上の者  
ただし、コミュニケーション、緊急連絡の手段として必要と認められる者に限る。
- (3) 障がい者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者
- (4) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付を受ける世帯に属する者又は所得税非課税世帯に属する者で確認すべき税額は、その属する世帯の全員に第7条の申請をしようとする月（以下「申請月」という。）の属する年の前年（申請月が1月から6月の場合は前々年）の所得に係る所得税が課されていない者
- (5) 障がい者用福祉電話の給付を受けたことがない者
- (6) 大阪市緊急通報システム事業（家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業）実施要綱による利用の申込みを同時に行う者

### (事業の実施主体)

第5条 この事業の実施主体は大阪市とする。

### (用具等の種目)

第6条 給付の用具の種目は障がい者用福祉電話とする。

### (用具の給付の申請)

第7条 用具の給付を受けようとする者は、「重度障がい者日常生活用具給付申請書」（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して、保健福祉センター所長に提出しなければならない。

- (1) 対象者の属する世帯全員の所得税額が確認できる書類又は同意書（様式第2号）
- (2) 「電話加入権等譲渡承認請求書兼同意書」（様式第3号）及び誓約書（様式第4号）
- (3) 「大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱」に基づき給付決定される火災警報器（連動型）を設置する場合は、住宅所有者が火災警報器の設置に同意及び承諾する旨の書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

### (給付の決定)

第8条 保健福祉センター所長は、前条の申請があったときは、必要事項を調査のうえ、給

付の可否を決定するものとする。

- 2 保健福祉センター所長は、前項のうち、給付決定を行うときは、「重度障がい者日常生活用具給付決定通知書」（様式第5号）を申請者に交付することにより通知する。
- 3 保健福祉センター所長は、第1項の調査の結果、給付をすることが不適切であると認めたときは、理由を記載した「重度障がい者日常生活用具給付不支給決定通知書」（様式第6号）を申請者に交付することにより通知する。

（費用の負担）

第9条 給付された障がい者用電話の使用料については利用者が負担するものとする。

（電話の設置等）

第10条 給付された障がい者用電話の設置に要する経費については本市が負担する。

ただし、聴覚障がい、音声機能障がいもしくは言語機能障がい3級以上の者については電話回線の設置工事費及びそれに付帯する経費を本市が負担し、電話機に代えて、別に定める大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱に基づき、聴覚障がい者用通信装置を給付するものとする。

（申請の取り下げ）

第11条 用具の給付決定を受けた者は、第8条第2項による通知を受領した場合において、当該通知にかかる決定の内容に不服があるときは、用具の納入までに、「重度障がい者日常生活用具給付申請取下届」（様式第7号）により申請の取下げをすることができる。

（禁止事項及び費用の返還）

第12条 保健福祉センター所長は、用具の給付を受けた者が、次の各号の1に該当するときは、給付決定を取り消し、「重度障がい者日常生活用具給付取消し通知書」（様式第8号）を交付することにより通知し、当該給付に要した費用の全部又は一部について、期限を定めて、その返還を求めるものとする。

- （1）虚偽の申請その他の不正行為により給付決定をうけたとき
- （2）給付を受けた用具を目的に反して使用して、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保等に供したとき
- （3）その他保健福祉センター所長が不相当と認める事由が生じたとき

（実施の細目）

第13条 この要綱の実施についての必要な事項は、専管する担当課長が定める。

附 則

この要綱は、平成19年11月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正前の大阪市重度障がい者日常生活用具給付及び貸与要綱第8条の規定による貸与の決定を受けた者については、西日本電信電話株式会社の平成26年7月請求分までの期間について、この要綱による改正後の大阪市重度障がい者日常生活用具福祉電話給付要綱第9条に規定する使用者が支払わなければならない費用のうち、1か月60度数を超える通話料を除く費用の負担を要しないものとする。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

重度障がい者日常生活用具給付申請書

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 - )												
	フリガナ	電話 ( ) -												
	氏名印	(対象者との続柄)						生年月日	年 月 日					
	個人番号													

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

1 対象者 ☐ 申請者に同じ

フリガナ							生年月日	年 月 日					
氏名							生年月日	年 月 日					
住所	大阪市 区												
個人番号													

2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号						交付年月日	年 月 日					
	障がい名							等級	級					

3 申請する用具

用具名												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 - )											
	フリガナ	電話 ( ) -											
	氏名	申請者との続柄											

以下、保健福祉センター記入欄

(添付書類) ☐ 税確認資料(同意書) ☐ その他 ( )  
(審査) ☐ 資格・給付要件 ☐ 世帯状況 ☐ 添付書類

以上により、 ☐ 給付を決定します ☐ 給付申請を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・								

# 同意書

重度障がい者日常生活用具給付等にかかる支給要件の確認と利用者負担額算出のために、私及び以下の世帯員全員について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。

また、支給要件の確認と利用者負担額算出のために必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用することに同意します。(※)

以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入して下さい。  
 ② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の特定扶養控除対象者となる方がいれば記入してください。

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	年齢	住 所 (申請者と違う場合に記入してください)															
		・	・																
		・	・	個人 番号															
		・	・																
		・	・	個人 番号															
		・	・																
		・	・	個人 番号															
		・	・																
		・	・	個人 番号															

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 印 \_\_\_\_\_

※ 市民税情報より算出した所得税額については、実際に課税されている所得税額とは異なる場合があります、決定内容に差異が生じることがあります。

市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が16歳以上19歳未満の特定扶養控除対象者数	人
--	---

西日本電信電話株式会社 様  
大 阪 市 障 がい 者 福 祉 用

電話加入権等譲渡承認請求書兼同意書  
(大阪市障がい者福祉用)

私が、現在、申請している大阪市名義（電話加入権）の障がい者用電話について、大阪市から私の名義（電話加入権）に変更することに同意します。

【確認事項】

- ・ 名義変更の手続きに必要な住民情報について、大阪市がN T Tに提供されることに同意します。
- ・ 名義変更後は、電話料金（基本使用料及び使用料等）については、私が請求者（N T T）へお支払いします。
- ・ 名義変更後は、電話料金の支払いが滞った場合、電話の使用ができなくなっても異議申し立てをいたしません。
- ・ 名義変更後は、電話に関する変更等がある場合、私が届出を行います。
- ・ 本同意書について、原本をN T Tが保管し、写しを大阪市が保管することに異論ありません。

上記、確認事項について了承し、障がい者用電話の名義変更に同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

※電話料金等請求書送付先 ☐ 上記に同じ

☐ その他（住所：

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_）

-----  
大阪市記入欄

(No.

新設電話番号 0 6 -

- )

## 誓 約 書

私は、大阪市障がい者用電話（給付）を申請するにあたり、次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 大阪市に無断で電話加入権及び電話機を他人に譲渡し、交換し、貸付け、売却し、もしくは担保に供することはいたしません。
2. 申請後、電話機が設置されるまでの間に、市外転出、施設入所及び家族との同居などにより、障がい者用電話の給付要件に該当しなくなった場合は、直ちに大阪市へ届け出ます。

年 月 日

住 所

---

氏 名

---

様式第 5 号

大 保福第 号  
平成 年 月 日

—  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

—  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉担当（保健福祉）

電話番号 — —

FAX 番号 — —

## 重度障がい者日常生活用具給付決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、次のとおり給付を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

住所

申請者氏名

住所

証明書発行番号

決定年月日

給付決定金額

種目

様式第 6 号

大 保福第 号  
平成 年 月 日

—  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

—  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉担当（保健福祉）  
電話番号 — —  
FAX 番号 — —

## 重度障がい者日常生活用具給付不支給決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、審査の結果、次の理由により不支給と決定しましたのでご了承ください。

### 記

対象者氏名

住所

申請者氏名

住所

申請日

却下日

理由

種目

重度障がい者日常生活用具給付申請取下届

年 月 日

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

届出者	住 所	(〒 - )											
		電話 ( ) -											
	フリガナ												
	氏 名 印	(対象者との続柄 )											
対象者	住 所	(〒 - )											
		電話 ( ) -											
	フリガナ					生年月日	年 月 日						
	氏 名												
	個人番号												

(注) 届出者は、取り下げる申請の申請者または対象者となります。

年 月 日に行った重度障がい者日常生活用具給付申請を取り下げます。

以下、保健福祉センター記入欄

上記届出により、重度障がい者日常生活用具給付申請を取り下げます。

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・ ・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・ ・								

大 保福第 号  
年 月 日

—  
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

—  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
地域保健福祉担当（保健福祉）  
電話番号 — —  
FAX 番号 — —

## 重度障がい者日常生活用具給付取消し通知書

年 月 日付大 保福第 号にて決定しました日常生活用具の給付については、次の理由により取消しすることを決定しましたので通知します。

記

取消しの内容

取消しの理由