７　日常生活の支援

●障害福祉サービス

●日常生活援助

●用具等の援助

●緊急時の援助

7　日常生活の支援

障害福祉サービス

窓口　障害者福祉課
電話番号：224-5785

障害福祉サービスには、日常生活に必要な支援を受けられる「介護給付」、自立した生活に必要な知識や技術を身につける「訓練等給付」があります。それぞれの内容は、家庭などで利用できる「訪問系サービス」、施設などで昼間に利用できる「日中活動系サービス」、施設やグループホームで生活するための「居住系サービス」に分けられます。
※「訓練等給付」は原則１８歳以上の障害者を対象としています。

（対　　象）次のいずれかに該当する方が対象となります。

① 身体障害者手帳の交付を受けている方
② 療育手帳の交付を受けている方
③ 知的障害者更生相談所または児童相談所において知的障害があると判定された方
④ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第５条に規定する精神障害者（発達障害、高次脳機能障害を含む）
⑤ 難病等の方

＊介護保険制度の対象者は、原則介護保険制度でのサービスの利用が優先となります。
＊１８歳未満の方については、①～⑤に該当しない場合でも対象となる場合があります。

（内　　容）別表を参照してください。

（申　　請）以下のものをお持ちください。

①　障害者手帳（交付されている場合）
②　身元確認書類

＊上記（対象）の③～⑤に該当する方及び①～⑤に該当しない１８歳未満の方は、その障害状況を証明する書類の提出が必要な場合がありますので、事前にお問い合わせください。

（審　　査）申請後、調査員が訪問調査を行い、調査結果と医師の意見書に基づいて審査会において障害支援区分が認定されます。認定後、支給決定を経て「障害福祉サービス受給者証」を交付します（障害支援区分認定が不要の場合もあります）。

（費　　用）所得に応じて負担上限月額が設定されます。なお、食費等の実費がかかる場合があります。

別表

訪問系サービス	居宅介護 （ホームヘルプ）	居宅において、入浴、排泄、食事等の身体介護、掃除・洗濯等の家事援助、通院の際の介助等を行います。
	重度訪問介護	常時介護を必要とする重度の肢体不自由又は知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者に、居宅における介護・外出時の移動中の介護等を行います。
	同行援護	視覚障害により移動に著しい困難を有する障害児・者に対し、外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護等を行います。
	行動援護	知的又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害児・者に対し、行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等を行います。
日中活動系サービス	生活介護	日中、食事や入浴・排泄等の介護や日常生活上の支援、創作的活動・生産活動の機会等を提供します。
	短期入所 （ショートステイ）	一時的に障害者支援施設等を利用することが必要な障害児・者につき、当該施設で入浴、排泄及び食事の介護等必要な支援を行います。 （宿泊・日中利用）
	療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活上の支援を行います。
	自立訓練 （機能訓練）	理学療法や作業療法等の身体的リハビリテーション、日常生活上の相談支援等を一定期間行います。
	自立訓練 （生活訓練）	食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練、日常生活上の相談支援等を一定期間行います。
	就労選択支援	働きたい障害者や仕事を続けたい障害者に対して、短期間の活動を通じて仕事に関する適性や能力を評価し、適切な支援を提供するために必要な福祉サービスとの連携や調整を行います。
	就労移行支援	一般就労等への移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適性に応じた職場の開拓、就労後の職場定着支援等を一定期間行います。
	就労継続支援Ａ型	雇用契約に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に向けた支援を行います。
	就労継続支援Ｂ型	就労や生産活動の機会を提供（雇用契約は結ばない）するとともに、一般就労に向けた支援を行います。
	就労定着支援	一般就労者に対して、生活面の課題把握、連絡調整等の支援を行います。
居住系サービス	施設入所支援	障害者支援施設に入所する人に、夜間や休日に、入浴・排泄・食事の介護等を提供します。
	自立生活援助	定期的な巡回訪問や随時の対応により、単身者等の地域生活を支援します。
	共同生活援助 （グループホーム）	入居者に対して、相談・入浴・排泄又は食事の介護その他日常生活の援助を行います。
	宿泊型自立訓練	夜間の居住の場を提供し、生活能力等の維持・向上のための訓練を行うとともに、地域移行に向けた支援等を一定期間行います。

日常生活援助

全身性障害者介護人の派遣

窓口　障害者福祉課
電話番号：224-5785

独立自活を目指す在宅の重度の全身性障害者に対して、外出援助等のための介護人を派遣することにより、生活圏の拡大や社会参加の促進を図る事業です。

（対　　象）市内在住の１８歳以上の全身性障害者で身体障害者手帳の交付を受け、かつ、その障害程度が特別障害者手当の支給要件に該当する方及び脳性麻痺による障害程度が１級の方で外出にあたり適当な介護者がいない方

（内　　容）外出等の援助のための介護人の派遣。派遣時間は１ヶ月128 時間まで。

（介 護 人）介護人は派遣対象者の推薦に基づき所定の研修を終えた者について、審査の上適当と認めた者を介護人として登録します。（派遣対象者の親族は不可）

（費　　用）無料。外出に伴う交通費等は介護人の分も含め自己負担。

移動支援

窓口　障害者福祉課
電話番号：224-5785

在宅の障害者等に対し、社会生活上必要な外出、余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動を支援します。

（対　　象）次のいずれかに該当する方が対象となります。

①身体障害者手帳の交付を受けている方のうち、屋外で活動するのに著しい困難を伴う視覚障害者(児)、全身性障害者(児)及びこれに準ずる方

②療育手帳の交付を受けている方

③知的障害者更生相談所または児童相談所において知的障害があると判定された方

④精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方

（内　　容）月３０時間を上限に、外出を支援します。

＊通勤や営業活動等に係る外出、通年かつ長期にわたる外出や社会通念上適当でない外出を除きます。

（申　　請）障害者手帳をお持ちください（交付されている場合）。申請後、内容を審査し、利用登録の可否を決定します。利用登録を決定したときは、「移動支援利用者証」を交付します。

（費　　用）原則、サービス費用の１割の自己負担です。なお、所得状況によって月額の上限負担額が設定されます。また、選挙等の投票を行うために外出する場合、利用者からの申し出により自己負担が免除されることがあります。

視覚障害者ガイドヘルパーの派遣	川越市が川越市社会福祉協議会へ委託している事業で、社会生活を営む上で外出を必要とする場合、付添者がいないために支障がある際の移動を支援します。 ただし、通勤や営業活動等、政治活動、宗教活動、個人の娯楽にかかる外出や社会通念上適当でない外出を除きます。 **（対　　象）**視覚障害１級に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方 **（内　　容）**①日常生活に関する場合 通院、官公署、買物、銀行、理美容、冠婚葬祭、病院への見舞い等 ③ 社会参加の促進に役立つと認められる場合 講演会等のうち、行政、社会福祉協議会、視覚障害者団体が主催する行事へ参加する場合 **（利　　用）**月曜日から金曜日　午前 9:00～午後 4:00 土曜日　　午前 9:00～正午 （但し、日曜日、祝日、12 月 29 日から１月３日までの間は利用できません。） 利用は川越市社会福祉協議会に登録し、派遣を希望する３日前（土曜日、日曜日、祝日、12 月 29 日から１月３日までを除く）までに申し込みをします。利用範囲は、原則市内です。 **（費　　用）**無料。ただし交通費等は利用者の負担です。 **（窓　　口）****社会福祉法人川越市社会福祉協議会** 川越市小仙波町 2-50-2 電話番号：049-225-5703 ＦＡＸ番号：049-226-7666

生 活 サ ポ ー ト 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅の心身障害者又は障害児に対し、迅速・柔軟なサービスを提供することにより、福祉の向上及び介護者の負担軽減を図るための事業です。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象となります。 ①身体障害者手帳の交付を受けている方 ②療育手帳の交付を受けている方 ③知的障害者更生相談所または児童相談所において知的障害があると判定された方 ④医師の診断書により心身の発達に障害が認められる方 **（内　　容）**①一時預かり ②介護者の一時派遣 ③外出援助 ④送迎 社会生活上必要な外出、余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動を支援します。 ＊通勤や営業活動等に係る外出、通年かつ長期にわたる外出や社会通念上適当でない外出を除きます。 **（利用時間）**一年度につき１５０時間まで（４月～翌年３月） ＊申請月によって月割で算出した時間数になります。 **（申　　請）**以下のものをお持ちください。申請後、内容を審査し、利用登録の可否を決定します。利用登録が決定したときは、「生活サポート事業利用者証」を交付します。 ①障害者手帳（交付されている場合） ②医師の診断書（障害者手帳の交付を受けていない方で心身の発達に障害が認められる方のみ必要です。） **（費　　用）**【当該年度４月１日の前日において１８歳以上の方】 利用時間１時間あたり最高で９５０円の自己負担があります。自己負担額は登録事業者に直接支払ってください。 【当該年度４月１日の前日において１８歳未満の方】 生計中心者の所得により自己負担額に違いがあります。 １時間あたりの自己負担額は0円～950 円です。 **（そ の 他）**登録事業者と契約する際、入会金や年会費がかかる場合があります。

重度身体障害者寝具乾燥 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅の重度身体障害者の方に対して、寝具を乾燥することにより、衛生と健康の保持を図ることを目的としてサービスを行います。 **（対　　象）**身体障害者手帳１、２級の交付を受けている方 **（申　　請）**①身体障害者手帳 ②申請書（所定の様式となります。） **（費　　用）**無料。なお、利用回数は年１０回。
重度身体障害者寝具丸洗い 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅の重度身体障害者の方に対して、寝具を丸洗いすることにより、衛生と健康の保持を図ることを目的としてサービスを行います。 **（対　　象）**身体障害者手帳１、２級の交付を受けている方 **（申　　請）**①身体障害者手帳 ②申請書（所定の様式となります。） **（費　　用）**無料。なお、利用回数は年１回。
日中一時支援 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	障害のある方に日中における活動の場を提供することにより、ご家族の就労を支援、一時的な休息を提供する事業です。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象となります。 ①身体障害者手帳の交付を受けている方 ②療育手帳の交付を受けている方 ③知的障害者更生相談所または児童相談所において知的障害があると判定された方 ④精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 **（申　　請）**交付されている場合は、障害者手帳をお持ちください。申請後、内容を審査し、利用登録の可否を決定します。利用登録が決定したときは、「日中一時支援利用者証」を交付します。 **（費　　用）**原則、サービス費用の１割の自己負担です。なお、所得状況によって月額の上限負担額が設定されます。

地域活動支援センター

窓口　障害者福祉課
電話番号：224-5785

地域活動支援センターに通所することにより、創作活動、機能回復訓練等を行うものです。

（対　　象）６５歳未満の障害者（利用期間中に６５歳に達する方は、６５歳到達月が属する年度の翌年度の末日で終了です。）
＊介護保険制度に基づく要介護認定を受けられる方は、原則介護保険での通所介護の利用が優先となります。

（利用施設）①川越市総合福祉センター
②ハートポートセンターともいき

（申　　請）障害者手帳をお持ちください。申請後、内容を審査し、利用登録の可否を決定します。利用登録が決定したときは、「地域活動支援センター利用者証」を交付します。

（費　　用）１回あたりの利用料

種類	利用料	備　　考
一般サービス	300 円	生活保護世帯、市民税非課税世帯は無料
入浴サービス	300 円	生活保護世帯、市民税非課税世帯は 100 円を負担
送迎サービス	100 円	往復の利用料
食事サービス	全額実費負担	実費負担額は事業所が設定

＊一般サービスとは創作活動、機能回復訓練、社会適応訓練等のことをいいます。
＊必要に応じて別途費用がかかる場合があります。

失語症言語訓練会

脳卒中や頭部外傷等による失語症の方に対して、言語訓練を行うことにより、身体面・精神面の回復を図り、日常生活の向上と社会参加の拡大を図ることを目的としています。

（申　　請）参加に際しては、見学をしていただき、その後、言語聴覚士による面談を行い決定します。

（対　　象）川越市内在住の、脳卒中や頭部外傷等の後遺症による失語症の方とその家族

（窓　　口）**川越市総合福祉センター（オアシス）**
川越市小仙波町 2-50-2
電話番号：049-228-0200
ＦＡＸ番号：049-228-0202

重度障害者訪問理美容サービス 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	重度の身体障害者に対して、訪問理美容サービスを利用する際の訪問費用の一部又は全部を助成します。 **（対　　象）**市内に住所を有する６５歳未満の理美容院に出向くことが困難な在宅の重度身体障害者（下肢障害、体幹機能障害又は移動機能障害 1 級に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方） **（申　　請）**身体障害者手帳をお持ちください。なお、申請書に利用する理美容院名を記す箇所がありますので、事前に業者の選定をお願いします。 **（費　　用）**訪問理美容サービスの訪問費用を 1 回あたり 2,000 円助成する利用券を交付します。利用券は年間最大４枚です。なお、理美容料金は利用者の負担です。
重度身体障害者入浴サービス（訪問入浴） 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	居宅で入浴が困難な重度身体障害者（肢体不自由者）に巡回入浴車を派遣し入浴サービスを行います。 **（対　　象）**１級または２級の肢体不自由に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方のうち、次のいずれかに該当する方。 ①18 歳以上の在宅の身体障害者 （介護保険で同様のサービスを受けられる方を除く） ②18 歳未満の在宅の身体障害児のうち気管切開の処置、人工呼吸器の管理、中心静脈栄養法（ＩＶＨ）のいずれかを行っている方 **（申　　請）**身体障害者手帳をお持ちください。なお、申請書に主治医の入浴についての意見の記載が必要です。 **（費　　用）**無料。利用回数は週１回。

手話通訳者の派遣 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785 ＦＡＸ番号：225-3033 ※二次元バーコードを読み取ることで、電子申請が可能です。	日常生活を送る上で、手話通訳を必要とする場面に手話通訳者を派遣します。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が申請できます。 ①市内に居住する聴覚障害者等 ②市内の聴覚障害者団体 ③市内に居住する聴覚障害者等との意思疎通において、手話通訳を必要とする者 **（申請方法）**派遣希望日の３日前（閉庁日を除く）までに申請してください。 **＊所定の申請書があります。** **（派遣時間）**午前8:００～午後9:００ **（派遣区域）**原則県内 **（緊 急 時）**市役所閉庁時の緊急事態には、下記へ申請してください。 【緊急専用 FAX 番号】 049-224-7335（川越市役所当直室）
要約筆記者の派遣	聴覚障害者が社会生活を送る上で要約筆記を必要とする場面に要約筆記者を派遣します。 **＊あらかじめ、市に登録が必要です。詳細は、川越市ホームページをご覧ください。** **（申し込み）埼玉聴覚障害者情報センター** **（社会福祉法人　埼玉聴覚障害者福祉会）** さいたま市浦和区北浦和 5-6-5 浦和合同庁舎別館　２階 電話番号：048-814-3353 ＦＡＸ番号：048-814-3354
盲ろう者向け通訳・介助員の派遣	盲ろう者（視覚・聴覚の両方に障害のある方）に対し、社会生活を送る上で必要となる場面等に通訳・介助員を派遣します。 **（申し込み）埼玉盲ろう者友の会　派遣事業担当** さいたま市浦和区大原 3-10-1　埼玉県障害者交流センター内 電話・ＦＡＸ番号：048-823-7080 アドレス：haken.saitama-db@r9.dion.ne.jp **＊職員がいるのは以下の時間帯のみ** **火・水・木・金曜日　午前9:３０～午後4:３０**

聴覚障害者専用電子メール 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785 ＦＡＸ番号：225-3033	問い合わせなど、市役所との連絡に専用のアドレスが利用できます。事前に登録が必要です。 **（対　　象）**市内在住の聴覚障害者
その他のサービス	①かわごえ友愛センター 住民相互の助け合いによる会員制、有償、有料のサービスです。 日常生活を営む上で援助が必要で、かつ家庭内で援助を受けることのできない方に対して、協力会員（有償ボランティア）を派遣して家事援助等を行います。 **（対　　象）**在宅で生活する高齢者、心身障害者（児）世帯、母子・父子世帯、妊産婦など **（協 力 者）**心身とも健全で福祉に関心のある満２０歳以上の方（研修有） **（窓　　口）**社会福祉法人川越市社会福祉協議会 かわごえ友愛センター 川越市小仙波町 2-50-2 電話番号：049-225-5768 ＦＡＸ番号：049-226-7666 ②ファミリー・サポート・センター（子育ての援助） 地域において、子育ての援助を依頼したい方（依頼会員）と子育ての援助を提供したい方（提供会員）を会員とし、会員間の援助活動の調整を行うことで子育てを支援しています。 **（対　　象）**生後３か月から小学校６年生までの子どもを養育中の方（市内在住又は在勤） **（協 力 者）**心身とも健全で福祉に関心のある満２０歳以上の方（研修有） **（窓　　口）**社会福祉法人川越市社会福祉協議会 川越市ファミリー・サポート・センター 川越市小仙波町 2-50-2 電話番号：049-225-3828 ＦＡＸ番号：049-225-3828

用具等の援助

日常生活用具費の支給 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅の障害者の方に対し、日常生活を容易にするため、日常生活用具費の支給を行っています。なお、購入前に申請することが必要です。 **（種類・対象）** 資料編１１４～１１９ページのとおり ※対象者が１８歳以上の場合、本人又は配偶者の支給申請を行う月の属する年度（申請を行う月が４月から６月までの場合は前年度）の市民税所得割額が一定以上の場合は対象外です。 **（費　　用）** 原則、基準額の範囲内で一割負担です。基準額は用具ごとに異なります。なお、所得の状況によって月額の上限負担額が設定されます。
補装具費の支給 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	身体機能を補完・代替し、日常生活の向上を図るため、補装具費（購入、修理、貸与）の支給を行います。なお、事前に申請が必要です。 **（種　　類）** 主な補装具 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、歩行器、歩行補助つえ（Ｔ字状・棒状のものを除く）、視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡、補聴器、重度障害者用意思伝達装置など **（対　　象）** ①身体障害者手帳の交付を受けている方 ②難病等の方 ※対象者が１８歳以上の場合、本人又は配偶者の支給申請を行う月の属する年度（申請を行う月が４月から６月までの場合は前年度）の市民税所得割額が一定以上の場合は対象外です。 ＊補装具の種類によっては、補装具費支給意見書又は更生相談所（埼玉県総合リハビリテーションセンター）の適合判定が必要となる場合があります。 **（費　　用）** 原則、基準額の範囲内で一割負担です。基準額は装具の内容により異なります。なお、所得の状況によって月額の上限負担額が設定されます。

身体障害者補助犬 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅の重度障害者の行動範囲を拡大し、社会復帰、自立に役立てるため、補助犬を給付します。 **（対　　象）**県内に１年以上居住する１８歳以上の在宅の障害者で、補助犬を適切に利用し、飼育できると認められる方 ＊盲導犬…視覚障害 1 級に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方 ＊介助犬…肢体不自由１、２級に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方 ＊聴導犬…聴覚障害２級に該当する身体障害者手帳の交付を受けている方 **（給付まで）**申請受理後、書類を埼玉県に進達します。県は進達された書類の内容を審査し、訓練施設で最低 4 週間程度の合宿訓練等を経て、給付を決定します。 **（費　　用）**補助犬自体の給付は無償ですが、合宿・訓練等や給付後の飼育管理等に伴う経費は自己負担となります。
紙おむつの給付 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	在宅で常時失禁状態等のため介護上、紙おむつを必要とする３歳以上かつ身体障害者手帳１、２級の方または療育手帳Ⓐ、A の方に対して月額５，０００円の範囲内で紙おむつを給付します。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象となります。 ①身体障害者手帳１、２級の交付を受けている方 ②療育手帳Ⓐ、A の交付を受けている方 ＊65 歳以上の方で介護保険による要介護認定（要介護１～５）を受けている方は、高齢者いきがい課が窓口です。 **（費　　用）**月額 5,000 円まで補助します。この金額以上の利用があった場合は自己負担となります。 **（そ の 他）**次の条件に該当する方で必要性が認められる方は、日常生活用具費としての紙おむつ等の費用を支給できる場合があります。（この場合基準額 12,000 円まで〈自己負担 1 割〉の支給） 【日常生活用具として認められる要件】 ３歳以上で、紙おむつを必要とする次のいずれかに該当する方 ＊ぼうこう又は直腸機能障害により身体障害者手帳を取得し、 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、ストマの変形のためストマ用装具を装着することができない方 ②先天性疾患に起因する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がある方 ③直腸機能障害により身体障害者手帳を取得し、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がある方

	④身体障害者手帳を取得し、乳幼児期以前（概ね３歳以前）で発症した非進行性の脳病変により運動機能に障害があり、自力での排尿又は排便が困難な方
車いすの貸し出し	川越市民の方で、けがや病気などで車いすが必要な方に、３か月を限度に貸し出しを行っています。（施設入所や入院中の方は除く） **（費　　用）**無料 **（窓　　口）**社会福祉法人川越市社会福祉協議会 かわごえ友愛センター 川越市小仙波町 2-50-2 電話番号：049-225-5768 ＦＡＸ番号：049-226-7666
難聴児補聴器購入費の支給 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	**（対　　象）**いずれかの耳又は両耳の聴力レベルが２５デシベル以上で、身体障害者手帳の交付対象にならない難聴児に対し、補聴器の購入及び修理費の支給を行います。なお、事前に申請が必要です。 **（費　　用）**基準額の３分の１に相当する額

緊急時の援助

１１０番アプリシステム **ＦＡＸ１１０番**	埼玉県警察では、耳が聞こえない方や言葉が話せない方等、音声による１１０番通報が困難な方が事件や事故にあった時、緊急通報に利用する「１１０番アプリシステム」、「ＦＡＸ１１０番」を開設しています。 １１０番アプリシステムの通報方法は、専用アプリをダウンロードし、文字対話方式（チャット）により通報するシステムです。 **（詳細ＵＲＬ）** https://www.npa.go.jp/bureau/safetylife/110/app/ FAX フリーダイヤル　0120-264-110 **（通報用ＦＡＸ）** ③　発生した日時　②　発生した場所 **（送信内容）** ③　事件・事故の内容　④　氏名　⑤　連絡先 **（問合先）**埼玉県警察本部 通信指令課 電話・ＦＡＸ番号：048-832-0110（代表）

ＦＡＸ１１９番 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785 ＦＡＸ番号：225-3033 **＊専用用紙配布窓口**	火災や病気の緊急時に、FAX で消防署に通報ができます。専用用紙がありますのであらかじめ記入をし、万一の時に備えて準備をしておくようにしてください。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象です。 ①聴覚障害者 ②音声・言語機能障害者 **（注 意 点）**専用用紙がありますので、障害者福祉課窓口でお受け取りください。川越地区消防組合のサイトからダウンロードすることもできます。事前の登録は必要ありません。手話通訳者の必要性の有無も記入してください。 ※専用用紙がありますが、他の用紙でも可能です。 **(通報用ＦＡＸ)**１１９（局番なし） **（問 合 先）**川越地区消防組合消防局（指揮統制課） 川越市御成町１-１ 電話番号：049-226-7408 ＦＡＸ番号：049-225-2564
聴覚・言語機能障がいに対応した緊急通報システム（Ｎｅｔ１１９） 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785 ＦＡＸ番号：225-3033	火災や病気の緊急時に、携帯電話または、スマートフォンのインターネット接続機能を利用して消防署に通報ができます。事前に、申請書の提出（障害者福祉課窓口）とご自分の機器の登録が必要です。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象です。 ①聴覚障害者 ②音声・言語機能障害者 **（注 意 点）**全国どこからでも１１９番通報が行えます。また、携帯電話の機種によっては、利用できない場合があります。申請書、利用規約、対応機種について等は、川越地区消防組合のサイトからダウンロードすることができます。 **（システムに関する問い合わせ）** 川越地区消防組合消防局（指揮統制課） 川越市御成町１-１ 電話番号：049-226-7408 ＦＡＸ番号：049-225-2564
緊急通報システム 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785 窓口　高齢者いきがい課 電話番号：224-5809	市内在住で自宅に電話のある単身の方（日中１人になってしまうなどの準単身も含む）に対し、緊急時に消防署に通報できるシステムを設置することができます。 **（対　　象）**身体障害者手帳１級～３級の交付を受けている方。 ＊慢性疾患等のある６５歳以上の方は、高齢者いきがい課が窓口となります。 **（費　　用）**緊急通報システムの設置にかかる費用は市が負担します。 （６５歳以上の方で、準単身の場合は、設置費用を負担していただくことがあります。）

川越市防災情報メール配信サービス 窓口　防災危機管理室 電話番号：224-5554 ＦＡＸ番号：225-2895	大規模な災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に、防災行政無線や広報車の巡回では情報伝達できない遠隔地（勤務先等）にいる市民や屋内にいる市民及び聴覚障害者に対し、より確実に災害情報を提供できるようにするためメールを配信します。 **（提供情報）**災害関連情報、防災情報 **（申込方法）**①メール配信を受ける携帯電話またはパソコンから下記のアドレスへ空メールを送信して下さい。 **アドレス：**t-saitama-kawagoe@sg-p.jp ②登録案内メール受信後、２４時間以内に登録作業を進めてください。 **（費　　用）**登録料および情報提供料は無料。インターネット接続やメールの受信などにかかる料金は利用者の負担となります。
避難行動要支援者制度 窓口　防災危機管理室 電話番号：224-5554 ＦＡＸ番号：225-2895	登録した避難行動要支援者の情報を、地域の支援協力者（自治会、民生委員児童委員）等に提供し、避難行動要支援者が必要な支援を受けられるよう、ご協力をお願いする制度です。 **（対　　象）**次のいずれかに該当する方が対象となります。 ① ６５歳以上の高齢者のみの世帯で要介護３以上の方 ② 世帯全員が単身世代を含む７５歳以上の高齢者の方 ③ 視覚障害、聴覚障害、下肢・体幹・移動機能障害のある方 ④ 上記以外の身体障害（１級または２級）の方 ⑤ 知的障害（マルＡまたはＡ）のある方 ⑥ 精神障害者保健福祉手帳（１級）をお持ちの方 ＊その他、上記に準じる状態にあり、支援の必要がある方（緊急通報システム利用者や難病・小児慢性特定疾病患者、医療的ケアを受けている方など） （施設や病院などに長期入所・入院されている方は対象になりません。） **（申　　請）**個人情報の提供について同意の上、登録申請が必要です。