

確認事項

*申請書及び添付書類による確認

下表の運用基準により確認を行う。

①身体障害、知的障害、精神障害により歩行が困難な方、あるいは発達障害等により歩行に介助者の特別な注意等が必要な方で、次に該当する者

○身体障害者(が該当。 は、等級の設定がないことを表す。)

身体障害区分		等級					
		1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
聴覚障害		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
平衡機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上肢不自由		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
下肢不自由		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体幹不自由		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	移動機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
じん臓機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ぼうこう又は直腸の機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小腸機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

○知的障害者 療育手帳の障害程度欄「A」の者

○精神障害者 精神障害者保健福祉手帳の障害区分が「1級」の者

○発達障害者等 歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者

②高齢、難病等により歩行が困難な方で、次に該当する者

○高齢者 介護保険の要介護状態区分が「要支援1、2」又は「要介護1～5」の者

○難病患者 特定疾患医療受給者

○その他 診断書等で歩行が困難であると認められる方

③一時的に歩行が困難な方で、次に該当する者

○けが人 車いす、杖等の使用が必要であると認められる者

○妊産婦等 妊娠7ヶ月から産後1年半までの者(産後については、1歳6ヶ月未満の子どもを同伴する場合に限る。)又は1歳6ヶ月未満の子どもを同伴する者