

## 新潟市心身障がい者自動車燃料費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、心身障がい者（以下「障がい者」という。）の使用する自動車燃料費の一部を助成することにより、障がい者の生活圏の拡大及び経済的負担の軽減を図り、もって社会活動の促進を図ることを目的とする。

### (助成対象者)

第2条 助成対象者は、本市に住所を有する次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者であって、当該手帳に記載されている等級が次のいずれかに該当する者。

ア 身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）

別表第5号の1級

イ 省令別表第5号の2級

ウ 省令別表第5号の3級で、下肢不自由、体幹不自由若しくは脳原性運動（移動）

機能障害又は心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害に該当する場合

エ 省令別表第5号の下肢不自由4級に該当する障害が2以上重複する場合又は下肢不自由4級のいずれかの障害に該当し、かつ、下肢不自由5級に該当する障害が2以上重複する場合

(2) 新潟市療育手帳制度要綱第3条に定める「療育手帳」の交付を受けた者で、その障がいの程度が「重度」と判定された者

(3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳（以下「精神障害者保健福祉手帳」という。）の交付を受けている者のうち、その障がいの程度が1級と判定されている者

2 前項の規定にかかわらず、障がい者が新潟市福祉タクシー利用助成事業実施要綱（平

成 2 年 4 月 1 日施行) 第 4 条第 1 号の助成 (以下、「福祉タクシー利用助成券等の交付」という。) を受けている場合は、対象としない。

(助成要件)

第 2 条の 2 自動車燃料費は、次の各号の要件をいずれも満たす場合に助成するものとする。

(1) 助成対象者又は助成対象者と生計を一にする者 (「以下、生計同一者」という。)

が所有する自動車に給油した燃料であること。

(2) 助成対象者が運転する時に要した燃料又は生計同一者が助成対象者のために運転する時に要した燃料であること。

(助成額)

第 3 条 助成の額は、年額 10,000 円を限度とする。ただし、10 月 1 日から 3 月末日までの間に新たに第 2 条に規定する助成対象者となった場合は、年額 5,000 円を限度とする。

(申請及び請求)

第 4 条 助成を受けようとする者は、別記様式第 2 号による申請兼請求書に燃料給油に要した額を証する書類等を添付して、当該決定の日の属する年度の末日まで (以下「請求期限」という。) に市長に申請及び請求しなければならない。この場合において、請求期限後に当該決定の日の属する年度に給油した燃料で未請求分があったことが判明した場合は、当該未請求分を当該年度の翌年度以降に申請及び請求することはできない。

(決定)

第 5 条 市長は、前条の申請兼請求書を受理したときは、その内容を審査した後、助成の可否を決定するものとする。

(助成対象期間)

第 6 条 助成金の対象とする燃料は、当該年度の初日から当該年度の末日までに給油した燃料とする。ただし、次の各号に掲げる者にあつては、当該各号に定めるものを対象と

する。

(1) 新たに当該年度に助成対象者となった者 助成対象者となった日から当該年度末日までに給油した燃料

(2) 当該年度中に助成対象者でなくなった者 助成対象者でなくなった日の前日までに給油した燃料

## 第7条 削除

(支払)

第8条 市長は、第4条の規定による申請及び請求があったときは内容を速やかに審査し、当該申請及び請求のあった月の翌月末日までに同条に規定する申請兼請求書に基づき受給者の口座に振り込むものとする。

(資格喪失)

第9条 第2条第1項に規定する要件を欠いた者は、要件を欠いた日に助成を受ける資格を喪失したものとする。

(返還)

第10条 市長は、偽りその他の不正により助成金を受けた者があるときは、当該助成金を返還させることができる。

(届出義務)

第11条 受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、受給者又は遺族に対し、別記様式第3号による受給資格変更・喪失届により、届け出させるものとする。

(1) 第2条第1項に規定する要件に変動を生じたとき

(2) 住所又は氏名を変更したとき

(3) 自動車を変更したとき

(4) 預金口座等を変更したとき

## 第12条 削除

(その他)

第 13 条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成 8 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 新潟市身体障害者自動車燃料費助成事業実施要綱（平成 7 年 4 月 1 日）は廃止する。

附 則

この要綱は、平成 11 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 3 月 25 日から施行し、改正後の第 2 条第 1 項②の規定は、平成 19 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成 21 年 3 月 25 日から施行する。

（経過措置）

- 2 第 3 条の助成額について、第 5 条に基づき平成 20 年度に決定を行った助成については、従前の通り、単価（年度当初の市の燃料費単価表による）に燃料給油量を乗じた額とし、上期（4 月～9 月）に助成申請の場合は年額 25,920 円、下期（10 月～3 月）に助成申請の場合は年額 12,960 円を限度として取り扱うものとする。

附 則

この要綱は、平成 22 年 3 月 25 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成23年3月25日から施行する。ただし、改正後の第3条の規定は、平成23年4月1日から施行する

(経過措置)

- 2 第3条の助成額について、第5条に基づき平成22年度に決定を行った助成については、従前の通り、下期(10月～3月)に助成申請の場合は年額12,960円を限度として取り扱うものとする。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の第7条の規定は、この要綱の施行の日以後に申請する者について適用し、同日前に利用した者については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和2年4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5年4月1日から施行する。

別記様式第 1 号 削除

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 申請請求日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

新潟市心身障がい者自動車燃料費助成申請兼請求書  
兼  
新潟市人工透析患者通院費助成申請兼請求書

(宛先) 新潟市長

下記のとおり申請及び助成金を請求します。

※太枠内をご記入ください。

|                                                                    |          |                         |                                                      |          |       |           |
|--------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|
| 申請兼請求者<br>(障がい者)                                                   | ふりがな     |                         | 生年<br>月日                                             | 年 月 日    |       |           |
|                                                                    | 氏 名      |                         |                                                      |          |       |           |
|                                                                    | 住 所      |                         |                                                      | 電話<br>番号 |       |           |
|                                                                    | 手 帳      | 第 号 (交付日: 年 月 日)        |                                                      |          |       |           |
|                                                                    | 障がい種別    | 身体<br>1 級・2 級<br>(総合等級) | 身体 3 級 (個別等級)<br>下肢不自由・体幹不自由・内部障がい<br>脳原性運動機能障害 (移動) |          | 療育 A  | 精神<br>1 級 |
| 保護者                                                                | ふりがな     |                         |                                                      | 生年<br>月日 | 年 月 日 |           |
|                                                                    | 氏 名      |                         |                                                      |          |       |           |
|                                                                    | 住 所      |                         |                                                      | 電話<br>番号 |       |           |
|                                                                    | 障がい者との続柄 |                         |                                                      |          |       |           |
| <input type="checkbox"/> 受給要件の確認のため、世帯及び他制度の受給状況等について確認することに同意します。 |          |                         |                                                      |          |       |           |

※申請兼請求者が、18 歳未満の児童又は療育手帳所持者の場合は、「保護者」欄をご記入ください。

|                                                             |                                            |         |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|--|--|--|
| 申請する内容及び<br>請求する助成金額<br>( 年度分)                              | <input type="checkbox"/> 新潟市心身障がい者自動車燃料費助成 | 円       |  |  |  |
|                                                             | <input type="checkbox"/> 新潟市人工透析患者通院費助成    | 円       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> バス |                                            |         |  |  |  |
| 振込先金融機関名                                                    | 金融機関コード                                    |         |  |  |  |
|                                                             | 支店                                         | 支店コード   |  |  |  |
| ふりがな                                                        | 種 目                                        | 普通 ・ 当座 |  |  |  |
| 振込先口座名義人                                                    | 口座番号                                       |         |  |  |  |

※振込先口座名義人は、申請兼請求者（障がい者本人）と同一としてください、ただし、申請兼請求者が、18 歳未満の児童又は療育手帳所持者の場合は、保護者でも可。  
※振込額は、上記請求金額の合計額。

**新潟市人工透析患者通院費助成の申請及び助成金を請求する場合はご記入ください。**

|                                                                    |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受給要件の確認のため、所得状況や他制度の受給状況について確認することに同意します。 |                                                                  |
| 自立支援医療（育成・更生）受給者証                                                  | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし（通院証明書添付） |
| 通院手段                                                               | <input type="checkbox"/> 自家用自動車（燃料費） <input type="checkbox"/> バス |

**新潟市中心身障がい者自動車燃料費助成及び新潟市人工透析患者通院費助成で自家用車（燃料費）を選択した場合はご記入ください。**

|      |                                                                                            |           |  |                   |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|-------------------|--|
| 運転区分 | <input type="checkbox"/> 障がい者（本人）運転<br><input type="checkbox"/> 生計同一者運転（障がい者のために運転する場合に限る） |           |  |                   |  |
| 所有者  | <input type="checkbox"/> 障がい者（本人）<br><input type="checkbox"/> 生計同一者                        | 所有者<br>氏名 |  | 自動車登録番号<br>又は車両番号 |  |

| 新 潟 市 記 入 処 理 欄                      ※記入しないでください。                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                                                               |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 燃料費                                       | 助成対象期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 全期間 <input type="checkbox"/> 月    日    ～    月    日 |                                                                               |            |
|                                                                    | 助成済額<br>円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 領収書等合計額<br>円                                                                | 助成限度額<br><input type="checkbox"/> 10,000円<br><input type="checkbox"/> 5,000円  | 助成決定額<br>円 |
| 通院費<br><input type="checkbox"/> バス<br><input type="checkbox"/> 燃料費 | 助成対象期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 全期間 <input type="checkbox"/> 月    日    ～    月    日 |                                                                               |            |
|                                                                    | 助成済額<br>円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 領収書等合計額<br>円                                                                | 助成限度額<br><input type="checkbox"/> 20,000円<br><input type="checkbox"/> 10,000円 | 助成決定額<br>円 |
| <input type="checkbox"/> 代 筆                                       | 代筆者氏名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             | 代筆確認者氏名：                                                                      |            |
| 確認                                                                 | <input type="checkbox"/> 提出された領収書は、助成対象期間内のものか<br><input type="checkbox"/> 障害等級が3級の場合個別等級で確認したか<br><input type="checkbox"/> 精神手帳は有効期間内か<br><input type="checkbox"/> 自動車の要件は、障がい者（本人）または生計同一者の所有か<br><input type="checkbox"/> 通院費助成の場合<br>・自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証の自己負担上限額が0円以外か<br>・自立支援医療未受給の場合は、通院証明書で確認したか<br><input type="checkbox"/> 手帳にゴム印を押したか |                                                                             |                                                                               |            |
| 備考                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                                                               |            |



別記様式第3号

- ☐新潟市心身障がい者自動車燃料費助成事業
- ☐新潟市人工透析患者通院費助成事業
- 受給資格変更（喪失）届

年 月 日

(宛先) 新潟市長

住所 新潟市 区

ふりがな  
届出者 氏 名

新潟市心身障がい者自動車燃料費助成事業実施要綱第11条又は新潟市人工透析患者通院費助成事業実施要綱第10条の規定により，下記のとおり届け出ます。

|       |                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 受給者   | 氏名                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|       | 住所                                                                                                                                                                                                                                             | 新潟市 区 |
| 届出事項  | 1 <u>第2条第1項に定める要件に変動を生じたため</u><br><input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 障がい程度の軽減<br><input type="checkbox"/> 車の不使用 <input type="checkbox"/> 生活保護受給（通院費）<br>2 氏名の変更<br>3 住所の変更<br>4 使用自動車の変更<br>5 預金口座等の変更<br>6 死亡<br>7 その他（理由 ） |       |
| 変更年月日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                          |       |
| 変更事項  | 旧                                                                                                                                                                                                                                              | 新     |