



**声の広報・点字広報の配布**

市では視覚障害の身体障害者手帳を持っている人に「声の広報（朗読版）」「点字広報（広報の点訳版）」を無料で郵送しています。必要な人は申し込んでください。

「声の広報」朗読データは、市のホームページからダウンロードもできます。

**申込・問合せ先** 地域共生推進課



**歯周疾患検診・骨粗しょう症検診（健康マイレージ対象）**

**対象** 年齢は受診当日の満年齢

- 歯周疾患検診：40・50・60・70歳の人
- 骨粗しょう症検診：40・45・50・55・60・65・70歳の女性

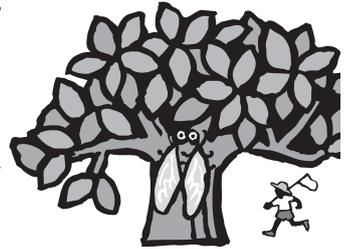
※検診を希望する人は、感染症の流行状況や自身の体調に合わせて判断していただき、必ず事前に各指定医療機関へ実施状況も含めて問い合わせてください。

検診費用、受診方法など詳しくは、広報5月号保存版をご覧ください。

**問合せ先** 健康推進課

**特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当の現況届**

各手当受給者は毎年現況届を提出していただく必要があります。なお、届の用紙などは対象者に市から事前送付します。



**【①特別障害者手当】**

**対象** 20歳以上の政令で定める程度（身体障害者手帳1級、2級程度以上の異なる障害が重複、または精神の障害・最重度の知的障害など）の著しく重度の障害で、日常生活での動作及び行動が困難であり常時特別の介護を必要とする在宅の人（所得制限あり。ただし施設入所、3ヵ月を超えて入院しているときは対象外）

**支給額** 月額27,350円

**【②障害児福祉手当】**

**対象** 20歳未満の政令で定める程度（身体障害者手帳1級、2級の一部、療育手帳Aのうち最重度など）の重度の障害の状態にあるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする人（所得制限あり。ただし施設入所、障害を事由とする年金を受けているときは対象外）

**支給額** 月額14,880円

**【③経過的福祉手当】**

**対象** 福祉手当制度廃止の際に福祉手当を受給していた人で、特別障害者手当および障害を事由とする年金を受給できない人（所得制限あり。ただし施設入所しているときは対象外）

**支給額** 月額14,880円

**申請・問合せ先** ①②③とも8月12日(木)～9月10日(金)に地域共生推進課へ

※①②の新規申請には審査があります。現在支給されている人は申請の必要はありません。また申請には各手当認定用の診断書が必要です。③は経過的措置のため、新規の申請受付はありません。また一旦、資格喪失した場合、再度認定もできません。

## 認知症初期集中支援チーム

## 「いきいきサポートいずみさの」への相談をご活用ください！

～認知症になっても安心して暮らせるようにサポートします！～

認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるように認知症専門医（サポート医）と医療・介護・福祉の専門職がチームとなり、医療や介護サービスにつながるように支援を行います。認知症について相談がありましたら気軽に相談してください。

**支援内容** 認知症が疑われる人や、認知症の人とその家族に、チーム員（専門職）が訪問し、認知症についての困りごと、心配なことを伺います。その上で、今後の対応について、本人の家族と一緒に考え、医療や介護サービスに関する情報提供や助言を行います。支援の期間はおおむね6カ月間です。



**対象** 認知症が疑われる人、または認知症の人で、自宅で生活している40歳以上の市民で、次のいずれかに該当する人

- 認知症の診断を受けたいが本人が受診を拒否している
- 介護保険サービスにつながっていない、または中断している
- 認知症の症状が強いため、対応に困っている

**相談・問合先** 基幹包括支援センターいずみさの（☎464-2977 Fax462-5400）



## 第11回

## 戦没者遺族の特別弔慰金

## 請求がお済でない人へ

期限を過ぎると受付することができなくなりますので、未請求の人は早めに手続きしてください。

**内容** 額面25万円（5年償還の記名国債）

**対象** 戦没者等の死亡当時の遺族で、令和2年4月1日に恩給や遺族年金を受ける遺族がいない場合、弔慰金受給権者、戦没者等の子・兄弟姉妹・戦没者との生計関係が1年以上ある三親等内親族などで請求順位の優先する遺族1人に支給

**請求期限** 令和5年3月31日(金)

**請求・問合先** 地域共生推進課

※詳しくは問合せください。



## 被爆二世健康診断

**対象** 府内に在住する被爆二世で受診を希望する人

**申込** 9月1日(水)～10月29日(金)に泉佐野保健所 〒598-0001 上瓦屋583-1（☎462-7701 Fax462-5426）へ

※実父母どちらかの被爆者健康手帳の番号が必要。実施日と健診場所は申込後、本人に直接通知します。（受診日時の指定はできません。）

**問合先** 府 地域保健課（☎06-6944-9172）

※受診無料

