

# 令和7年度版

## 高齢者のための福祉サービス利用の手引き



富士宮市 保健福祉部

富士宮市 高齢者向けサービス	検索
----------------	----



この福祉サービス利用の手引きは、市のホームページにも掲載しています。

# もくじ

## ☆地域包括支援

富士宮市における相談受付体制	1
地域包括支援センター	2
地域包括支援センター一覧表	3
利用の流れ	4

## ☆高齢者福祉サービス

はり・きゅう・マッサージ費用助成	5
補聴器購入費助成	6
寝具洗濯乾燥消毒サービス	7
訪問理美容サービス	8
ホームセキュリティシステム設置	9
ねたきり老人等介護手当	10
避難行動要支援者名簿登録	11
紙おむつ購入費助成	12
配食サービス助成	13
徘徊高齢者在宅生活継続支援	14
ゆずりあい駐車場利用証の交付	15
移動制約者運賃助成券	16

## ☆高齢者福祉サービス事業者

各種サービス事業者一覧表	17～25
--------------	-------

## ☆高齢者福祉サービス申請書等様式

各種サービス申請書等様式(別紙Ⅰ～Ⅺ)	26～43
---------------------	-------

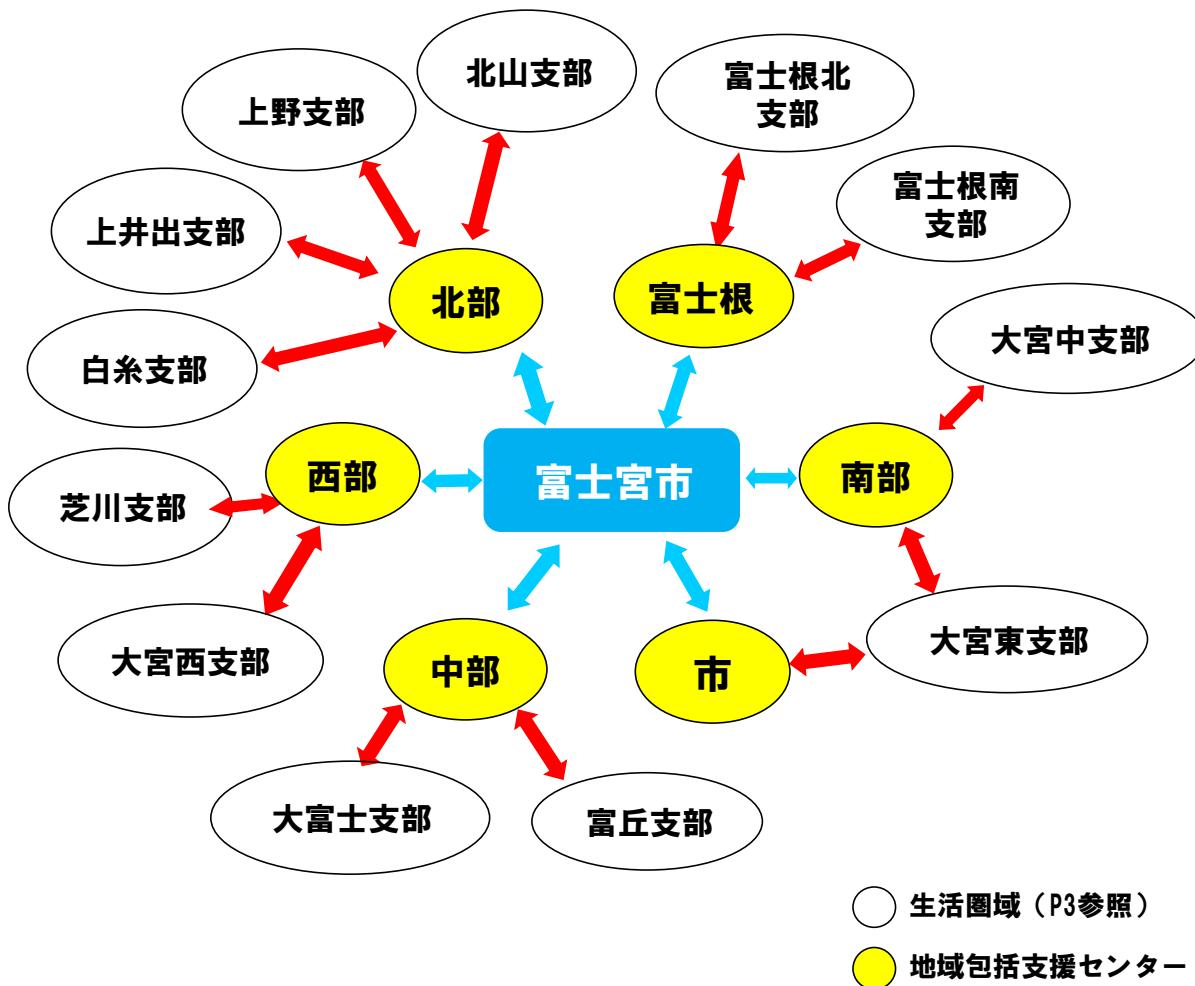
## ☆その他のお知らせ

認知症についての相談	44～45
見守り・SOSネットワーク事業	46～47
「救急かけはし」登録について	48
ふじさんシニアクラブ富士宮について	49
富士宮市シルバー人材センターについて	50
富士宮市役所保健福祉部連絡先	

# 富士宮市における相談受付体制

富士宮市では、介護に関する悩みや相談のほか、健康、福祉、医療、生活などに関する様々な相談に応じるための相談窓口として地域包括支援センターを設置しています。

また、地域包括支援センターは、地域福祉活動団体、介護事業所、医療機関などと連絡を取り合い、問題に応じて適切なサービスや機関、制度の利用につなげ、皆様が安心して生活できるよう、お手伝いをしています。



この他にも、様々な地域福祉活動に取り組んでいる団体があります。  
詳しくは、富士宮市社会福祉協議会(☎22-0054)または  
富士宮市地域包括支援センター(☎22-1591)までお問い合わせください。

# ちいきほうかつしゃん 地域包括支援センター

お気軽にご相談ください。  
ひとりで抱えていませんか？  
悩み・疑問・心配ごと…

「地域包括支援センター」では、介護に関する相談をはじめ、医療や健康、福祉、生活に関することなど、「どこに相談したらよいかわからない」といった悩みにも、問題に応じて適切なサービスや機関、制度の利用につなげます。

## 健康のこと



- ・心身の健康に不安がある
- ・今の健康を維持したい
- ・最近物忘れをする
- ・むせやすくなったりなど



## 介護のこと

- ・介護保険制度について知りたい
- ・身の回りのことに不安が出てきた
- ・家族の介護に疲れてしまった
- ・介護の方法について知りたい
- ・高齢者向けの施設について知りたいなど

## 権利を守ること

- ・悪質な訪問販売の被害にあった
- ・年金を家族や他人に悪用されている
- ・今後の財産管理が不安
- ・成年後見人制度について知りたい
- ・虐待にあっている人がいる
- ・虐待をしてしまうなど



## さまざまな相談ごと

- ・日頃の生活で困ったことがある
- ・悩みを聞いてほしい
- ・生きがいづくりの場がほしい
- ・近所の高齢者のことが心配
- ・高齢者を支える活動をしたい
- ・認知症についての勉強がしたいなど



## お問い合わせ

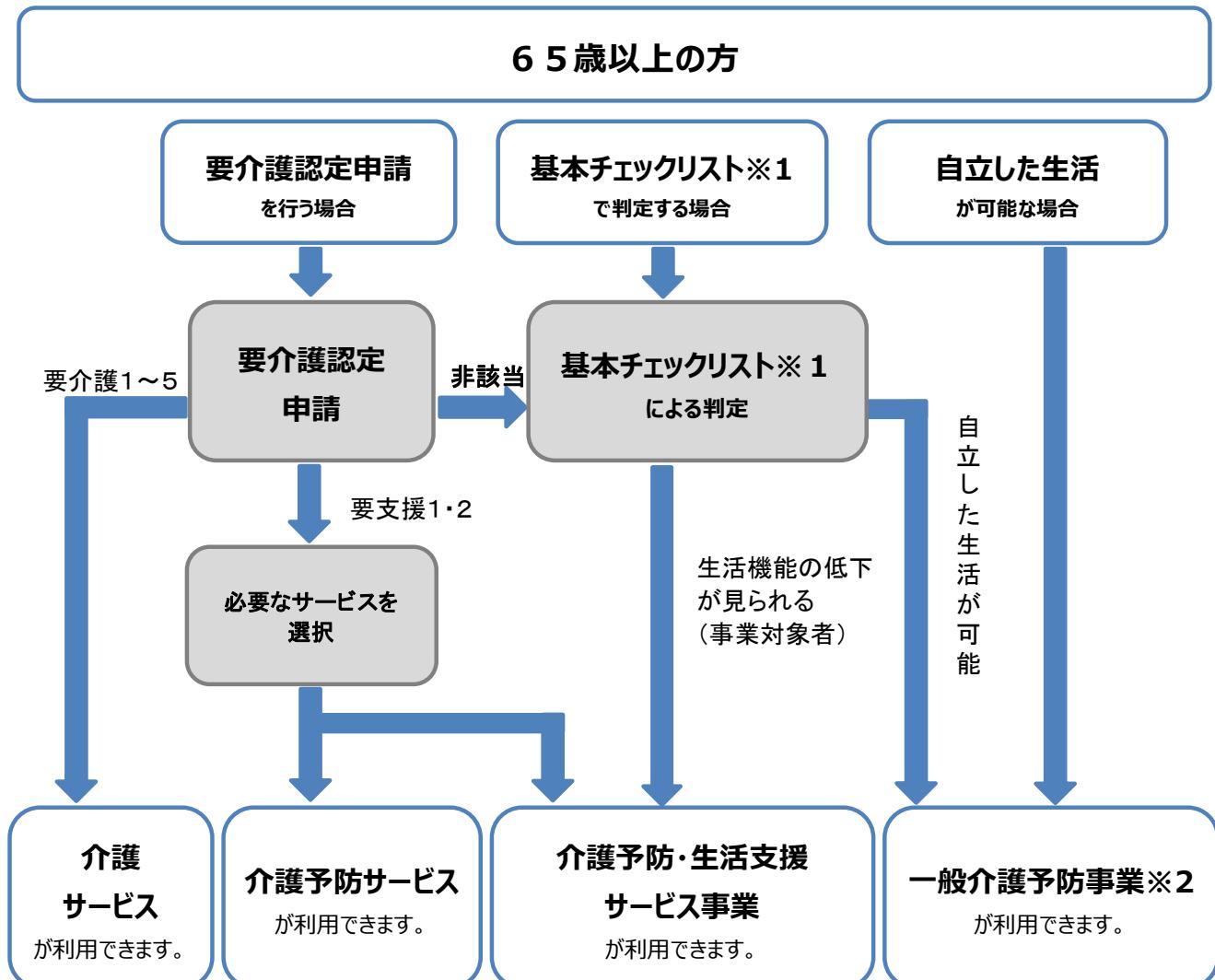
富士宮市地域包括支援センター ☎(0544) 22-1591

# 地域包括支援センター一覧表

地域包括支援センター名	担当地区	所在地	電話番号
北部地域包括支援センター	猪之頭・上井出・芝山・人穴・麓・根原・富士丘・北山1・北山2・北山3・北山4・山宮1・山宮2・山宮3・山宮4・内野・狩宿・半野・原・上条上・上条下・下条上・下条下・精進川上・精進川下・馬見塚	上井出1285-1 (特別養護老人ホーム しらいと内)	☎54-1092
富士根地域包括支援センター	栗倉1・栗倉2・栗倉3・栗倉4・舟久保・村山1・村山2・村山3・栗倉南・上小泉・大岩1・大岩2・大岩3・杉田1・杉田2・杉田3・杉田4・杉田5・杉田6・小泉1・小泉2・小泉3・小泉4・小泉5・小泉6	小泉1854-3 (障がい者福祉センターカー小泉敷地内)	☎21-3611
南部地域包括支援センター	常磐・浅間・神田・木の花・城山・高嶺・宮本・琴平・三園平・二の宮・ひばりが丘・神田川・黒田・星山1・貴戸・山本・高原・高原1・高原2・田中	星山1058 (特別養護老人ホーム 星の郷内)	☎23-3328
富士宮市地域包括支援センター	日の出・瑞穂・大和・咲花・阿幸地・富士見ヶ丘・源道寺・舞々木	弓沢町150 (富士宮市役所内)	☎22-1591
中部地域包括支援センター (サブセンター)	万野1・万野2・万野3・万野4・万野希望・宮原1・外神東・淀師・淀橋・大中里・青木・青木平・外神・宮原	淀川町35-15 (デイサービスセンターいちばん星内)	☎29-7808
西部地域包括支援センター	神立・松山・羽衣・貴船・神賀・福地・野中1・野中2・野中3・野中4・星山2・安居山第1・安居山第2・沼久保・西山・大久保・長貫・上羽鮒・下羽鮒・稗久保・香葉台・大鹿窪・猫沢・明光台・上柚野・下柚野・鳥並・上稻子・下稻子・内房第1・内房第2・内房第3・内房第4	大鹿窪143-1 (特別養護老人ホーム 百恵の郷内)	☎67-0001

高齢者が住み慣れたまちで自分らしく日常生活を営むことができるよう次の制度があります。

## 【利用の流れ】



※1 基本チェックリストとは、25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べるものです。

介護予防・生活支援サービス事業のみを希望する場合には、基本チェックリストによる判定で、サービスを利用できます。

※2 一般介護予防事業

65歳以上すべての高齢者が利用可能ですが、一部参加条件があります。

詳しくは、健康増進課にお問い合わせ下さい。（電話 22-2727）

介護保険で対象となる疾患（特定疾病）が原因で介護や支援が必要な40歳から64歳の方は、要介護認定を受けることができます。詳しくは、高齢介護支援課またはお住まいの地区の地域包括支援センターでご相談ください。

このほかにも生活や身体等の状況に応じて福祉サービスがご利用いただけます。

※ 詳細は、各メニューの説明（5ページ以降）をご覧ください。

# はり・きゅう・マッサージ費用助成

申請には本人確認書類が  
必要です



再発行でき  
ないので  
紛失に注意



## 対象者

次のいずれかに該当する方

1. 満70歳以上の方
2. 身体障害者手帳1・2級に該当する方

## 助成内容 (施術者一覧表 P18)

4月から翌年3月末日までに、1人1回、4枚づりの助成券を交付します。

## 助成金額

1枚につき1,000円（1回の施術につき、1枚使用可）

## 申込方法

申請書、別紙1（P28）を記入し、対象者の氏名、住所、年齢が確認できるもの（運転免許証、マイナンバーカード、資格確認書等）又は、身体障害者手帳をお持ちの上、市役所福祉企画課又は各出張所へ提出してください。



問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# 補聴器購入費助成

対象となる補聴器は、耳鼻科を受診し  
医師の証明後に購入したものです



## 対象者

65歳以上の高齢者で、次の1~5全ての要件を満たす方

1. 富士宮市に住所を有する方
2. 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象とならない方
3. 耳鼻咽喉科医師が補聴器の使用を必要と認めた方
4. 他の補聴器購入費等の助成を受けていない方
5. 過去に、この補聴器購入助成金の交付を受けていない方

## 助成金額

上限30,000円（補聴器購入費の2分の1以内）

※助成金額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨て。

## 申請方法

※補聴器購入から2か月以内に申請してください

1. 申請書、別紙2（P29）を持って耳鼻科を受診し「医師の証明」を受けてください。
2. 「医師の証明」を受けたら、補聴器を購入してください。
3. 補聴器を購入したら、申請書に「領収書の原本」と「通帳の写し」を添えて（口座名義（カタカナ）と口座番号が確認できるページ）福祉企画課へ提出してください。

問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# 寝具洗濯乾燥消毒サービス

対象は綿布団と毛布です



## 対象者

寝具の衛生管理が困難で、1～4のいずれかに該当する方

1. 65歳以上のひとり暮らしで市民税非課税の方
2. 65歳以上ののみの世帯で市民税非課税世帯に属する方
3. 65歳以上のねたきり高齢者で市民税非課税世帯に属する方
4. 身体障害者手帳1・2級の方

## サービス内容

- 寝具のクリーニング費用を助成します。（事業者一覧表 P19）
- 実施確認書1枚につき、掛綿布団1枚、敷綿布団1枚、毛布1枚の3枚まで利用できます。（年度内3回まで）

## 利用料

掛布団 550円 敷布団 550円 毛布 220円 ※消費税込

## 申込方法

申請書、別紙3（P30）を記入し、福祉企画課へ提出してください。

問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# 訪問理美容サービス

快適な在宅生活のために



## 対象者

65歳以上で、病気等の理由により、理容店又は美容院へ出向くことが困難な方

## サービス内容

- ・ 御自宅で理美容サービスが受けられるよう、出張費用を負担します。
- ・ 年度内に4回まで御利用できます。

※訪問を依頼する時は、一覧表のお店からお選びください。（P20・21）

## 利用料

カット代等の代金は、自費となります。

## 申込方法

申請書、別紙3（P30）を記入し、福祉企画課へ提出してください。

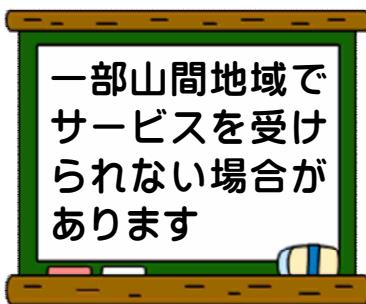


問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# ホームセキュリティシステム設置

固定電話が必要です。停電時はサービスの利用ができません。



## 対象者

市民税非課税世帯であり、次の1～3のいずれかに該当する方

1. 65歳以上のひとり暮らし
2. ねたきり高齢者を抱える高齢者のみの世帯
3. 身体障害者手帳1・2級の方のみの世帯

## 事業内容

- 緊急通報ボタンや火災＆ガス漏れセンサーを設置して、対象者の緊急事態（体調不良や火災など）に対処します。
- 緊急ボタンを押された場合、電話確認後、必要に応じて、緊急連絡先への連絡、警備員が出動します。

## 利用料

月額500円      ※月額利用料とは別に、毎日1回、機器の作動確認のため約10円の通信料がかかります。

## 申込方法

申請書、別紙3・4（P30～32）を記入し、福祉企画課へ提出してください。

問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# ねたきり老人等介護手当

いつもご家族を  
介護されている方へ



申請した翌月  
から支給対象  
となります

## 対象者

次の要件にあてはまる 65歳以上の方と同居し、生計を共にしていて  
日常生活の介護をしている方  
下記のいずれかの状態が 6か月以上継続していること。

- ◆ ねたきり（要介護度 4 以上、障害高齢者の日常生活自立度 B 以上）
- ◆ 認知症（要介護度 1 以上、認知症高齢者の日常生活自立度 IV 以上）

## 手当について

### ■ 月額 5,000円

- 年 2 回状況調査を行い、支給対象月分の手当を支給します。
- 支給月は、9月と3月です。

## 申込方法

申請書、別紙 5 (P33) を記入し、**介護者の預金通帳の写し**  
を添えて（口座名義（カタカナ）と口座番号が確認できるページ）  
福祉企画課へ提出してください。



問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係

☎ 22-1457

# 避難行動要支援者名簿登録

災害時に避難の支援を行うとともに、  
安否確認に利用します



## 対象者

災害が起きたとき、ひとり（または家族）だけでは、避難場所まで  
行くことができない人、避難所での生活で手助けが必要な人

## 登録内容

あなたの住所・氏名・連絡先のほかに、世帯人数や緊急連絡先、  
支援を必要とする理由を登録します。

## 登録するとどうなるの

平常時 地域にあなたが住んでいること、災害時にどんな手助け  
が必要なのかを地域の方々【自主防災会（区長・町内会長・班長）  
民生委員など】にお知らせします。災害時にあなたを支援する人や  
その支援方法を、地域の方々と事前に話し合って決めておきます。

## 申込方法

福祉企画課へお問い合わせください。

窓口又は電子申請で登録できます。（申請書、別紙6（P34））



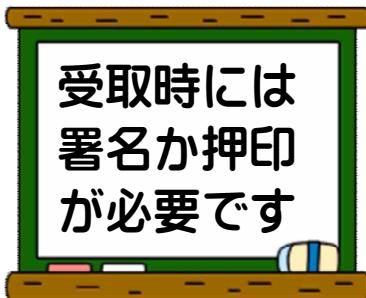
問い合わせ 福祉企画課 福祉企画係 ☎ 22-1457

# 紙おむつ購入費助成

紙おむつの購入費を  
助成します。



受取時には  
署名か押印  
が必要です



## 対象者

在宅で生活する要介護・要支援の認定を受けている方、又は65歳以上の方で紙おむつの使用が常時必要であり、次の1~3のいずれかの要件に該当する方。

1. 常時寝たきり又は、それに近い状態である
2. 排尿・排便に支障がある
3. 疾病等による失禁がみられる

## 助成券 (取扱店一覧表.P22.23)

市民税課税世帯 介護認定なし 介護度が要支援1・2	市民税非課税世帯で介護度が要介護1以上または、疾病等による失禁がみられる人
年間5,000円分	年間最大20,000円分 ※申請日によって、金額が異なります。

## 申込方法

申請書、別紙7（P35.36）に必要事項を記入してください。

申請書裏面のアセスメントは、要介護（支援）認定がある方は担当ケアマネジャーに、認定のない方は地域包括支援センターの職員に記入してもらってください。

問い合わせ 高齢介護支援課 介護保険係 ☎ 22-1141

# 配食サービス助成

お弁当の料金を  
助成します。



栄養バランスの摂れた  
お弁当を



## 対象者

次の要件を全て満たす方

1. 在宅で生活している
2. 要介護・要支援の認定を受けている方、又は65歳以上の方
3. 本人及び配偶者が市県民税非課税である、または市県民税を均等割のみを支払っている
4. ひとり暮らし、または高齢者だけでお住まいの方、またはそれに準ずる状況である
5. 本人及び同居の方が買い物、調理ができない状態である

※申請後、市の審査により、対象とならない場合もあります。

## 助成額

(登録事業者一覧表.P24) (価格一覧表.P25)

1日1食 400円

## 申込方法

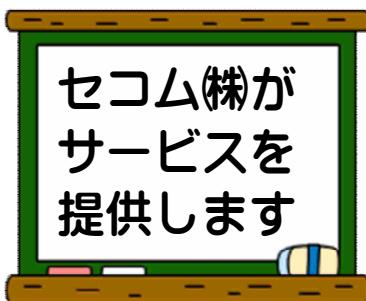
申請書、別紙8（P37.38）に必要事項を記入してください。

申請書裏面のアセスメントは、要介護（支援）認定がある方は担当ケアマネジャーに、認定のない方は地域包括支援センターの職員に記入してもらってください。

問い合わせ 高齢介護支援課 介護保険係 ☎ 22-1141

# 徘徊高齢者在宅生活継続支援

機器導入にかかる初期費用  
を負担します。



## 対象者

徘徊のみられる在宅の高齢者

## サービス内容

在宅の高齢者が徘徊した際に、早期に発見するための機器を貸与します。機器のGPSシステムを使って、対象者の速やかな位置検索及び所在地情報を確認し、その情報を家族へ提供します。

## 利用料

※初期導入費（7,700円）は、市が負担します。

【基本料金】 月額1,320円（基本料金）

【検索費用】 電話の場合は、220円/回

インターネットの場合は、基本料金に含まれています

【現場急行費用】 11,000円/回

## 申込方法

申請書、別紙9（P39.40）に必要事項を記入してください。

申請書裏面のアセスメントは、要介護（支援）認定がある方は担当ケアマネジャーに、認定のない方は地域包括支援センターの職員に記入してもらってください。

問い合わせ 高齢介護支援課 介護保険係 ☎ 22-1141

# ゆずりあい駐車場利用証の交付

## 対象者

下記に該当し、かつ、現に歩行が困難な状態にある方

- 1 要介護度 1 以上の方
- 2 障害者手帳をお持ちの方で、等級が基準に該当する方 など

※等級の基準は障がい療育支援課までお問い合わせください。

## 事業内容

車いすを利用する方や歩行が困難な高齢の方などが、車いすマークの駐車場を必要としていることを周囲に理解していただくために利用証を交付します。

## 申込方法

申請書、別紙 10（P41.42）を記入し、障がい療育支援課へ提出してください。提出時に介護保険証もしくは障害者手帳（原本）等を提示してください。

問い合わせ 障がい療育支援課 障がい支援係

☎ 22-1145

# 移動制約者運賃助成券

## 対象者

在宅生活をしている方のうち、市民税非課税世帯の方で次のいずれかに該当する方 ※ただし、生活保護者、自動車税・軽自動車税の減免を受けている方は除きます。

- 1 身体障害者手帳 1・2 級の方
- 2 療育手帳Aの方
- 3 精神障害者保健福祉手帳 1・2 級の方
- 上記の障害者手帳のいずれもお持ちでない方
- 4 介護保険被保険者証（要介護 1～5）

## 事業内容

- 小型タクシーの基本料金(初乗り運賃)を助成します。
- 助成券は年間最高 24 枚交付します。

## 申込方法

申請書、別紙 11 (P43) を記入し、障がい療育支援課へ提出してください。提出時に介護保険証もしくは障害者手帳（原本）を提示してください。

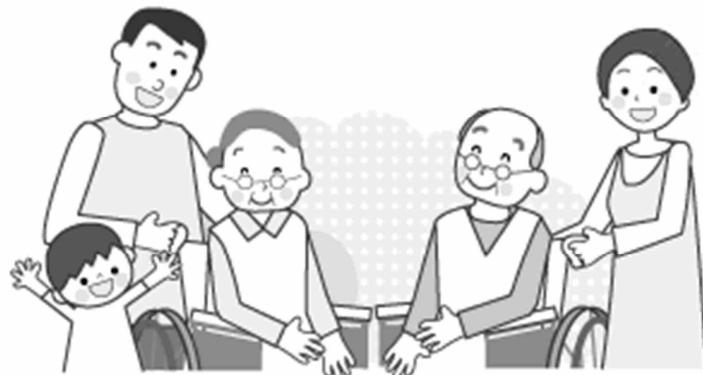
## その他

介護保険被保険者証で申請される方で障害者手帳をお持ちの方は、手帳の等級に関わらず、必ず手帳（原本）をお持ちください。

問い合わせ 障がい療育支援課 障がい支援係 ☎ 22-1145

## 各種サービス事業者一覧表

福祉サービス	申請書様式	ページ	担当課
はり・きゅう・マッサージ費用助成	別紙1	18	福祉企画課 福祉企画係
寝具洗濯乾燥消毒サービス	別紙3	19	福祉企画課 福祉企画係
訪問理美容サービス	別紙3	20・21	福祉企画課 福祉企画係
紙おむつ購入費助成	別紙7	22・23	高齢介護支援課 介護保険係
配食サービス助成	別紙8	24・25	高齢介護支援課 介護保険係



## 富士宮はり・きゅう・マッサージ師会所属施術者一覧（令和7年度）

★利用する際は、各施術者に事前にお問い合わせをしてください★

	施術施設名	施設所在地	電話番号	施術者名	施 術 法			備考
					はり	きゅう	マッサージ	
1	キヨキ治療院	万野原新田3733-1	23-8316	植松 喜久治	○	○	○	出張可
2	わたい治療院	ひばりが丘482	090-7681-6679	渡井 裕子	○	○	○	出張可
3	赤坂治療院	杉田1168-4	27-4180	渡邊 元	○	○		
4	海野指圧治療院	杉田409-8	24-5073	海野 てる			○	
5	富士山の麓 さわだ治療院	杉田788-5	22-7089	澤田 学 澤田 弘子	○ ○	○ ○	○ ○	
6	飯田鍼灸調整院	小泉364-14	26-8875	飯田 剛士	○	○	○	
7	石川治療院	小泉248-1	27-1247	石川 哲男			○	
8	貫戸治療院	貫戸453-1	090-7695-0277	鈴木 廣高	○	○		出張可
9	西富士ハリキュウセンター	泉町490	24-8989	市川 雅之	○	○	○	出張可
10	今村治療院	大中里1179-10	23-0874	今村 久 鈴木 廣高	○ ○	○ ○	○ ○	
11	あおぞら治療院	淀師1703-2	22-5778	斎藤 俊英	○	○	○	
12	長田治療院	西町31-21 サンハイツ富士宮606	090-1473-9493	長田 肇	○	○	○	出張可
13	森治療院	西町22-9 リバティールーク102号	24-6056	森 千里			○	
14	石川はり・きゅう院	大宮町1-5	26-2616	石川 彰洋	○	○	○	
15	hajimeはりきゅうマッサージ	大宮町17-2	24-9311	山下 元一	○	○	○	出張可
16	平野鍼灸院	豊町10-20	090-9117-7023	平野 智子	○	○		女性限定
17	保坂鍼灸治療院	東阿幸地245	090-4306-7991	保坂 英紀	○	○		出張可

- ◎ 助成券の発行は4月から翌年3月の間（年度内）に1回限りです。
- ◎ 上記の施術者以外の施術には、助成券を利用することはできませんのでご注意ください。
- ◎ 施術料、出張料については、各施術者によって異なります。

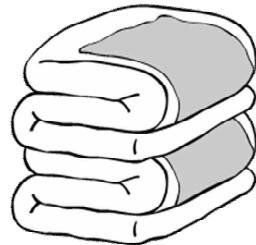
## 富士宮市寝具洗濯乾燥消毒サービス事業 事業者一覧表

令和7年4月現在

	店 名	所 在 地	氏 名	電 話	集 配
1	渡辺クリーニング店	淀川町 26-5	渡邊 政広	26-5957	全域可
2	(有)オリエンタル	中原町 67	鈴木 里志	26-3642	全域可
3	伊東クリーニング店	上条 776-1	伊東 国正	58-3883	全域可

※ 一般世帯については、下記のとおり利用料がかかります。

品名	枚数	単価（消費税込）
掛布団	1	550円
敷布団	1	550円
毛布	1	220円



# 富士宮市訪問理美容サービス事業実施事業者一覧表

## 理容室

【令和7年4月現在】

番号	店舗名	代表者	所在地	電話番号	営業日	営業終了後	休日
1	理容タナカ	田中 俊夫	中央町 8-9	26-4728	—	—	○
2	理容アカバネ	赤羽 文典	小泉 1558-2	24-9041	○	—	—
3	サイトウ理容所	斎藤 一夫	矢立町 304	26-2806	—	—	○
4	理容オオタケ	大竹 彰	野中東町 224	27-0285	○	—	—
5	髪切職人 勝又	勝又 勇樹	城北町 230	27-2907	○	—	○
6	タカラ理容所	佐野 善市	宝町 20-11	27-1160	○	—	○
7	髪処すずき	鈴木 薫	宮町 12-1	26-5668	—	—	○
8	ぽぴい理容所	佐野 堅次	大中里 1450-6	24-7017	○	—	—
9	カットハウス・ガイ	下川 道代	泉町 111	24-1350	○	—	○
10	カットハウス・スズキ	鈴木 正	淀師 137-3	24-5495	○	—	—
11	しぇいくまん	岩辺 宗治	穂波町 11-10	24-6076	○	—	—
12	理容サカイ	酒井 敏章	西町 10-7	25-3633	—	—	○
13	佐野理容所	佐野 肇	西町 27-3	26-5947	—	—	○
14	カットショップ・ヒロシ	山本 浩	下条 179-1	58-3992	—	—	○
15	カットショップ・エイト	小田切康司	宮原 612-1	58-4844	○	—	—
16	ヘアーサロン 林	林 裕時	外神 140-12	58-2958	—	—	○
17	ヘアーサロン・セピア	佐野 英治	長貫 1181	65-0158	—	—	○
18	ヘアーサロン・ニシダ	西田 亨	羽鮒 1242	65-0553	—	○	○

- ※ 営業日 = 営業日に利用できる店舗です。
- ※ 営業終了後 = 営業終了後に利用できる店舗です。
- ※ 休日 = 休業日に利用できる店舗です。

営業時間や休日などは、  
店舗へお問い合わせ  
ください。

～・～・～ お願い ～・～・～

- ◆ 各店舗にご連絡の際は、必ず『訪問理容サービスを利用したい』とお伝えください。
- ◆ 利用申込みは、施術希望日の一週間前までに連絡をお願いいたします。
- ◆ 基本的に施術はカットと顔剃りになります。料金については各店舗へお問合せください。
- ◆ 利用に際しお困りの方は、組合担当(髪処すずき 鈴木(26-5668))にご相談ください。

## 富士宮市訪問理美容サービス事業実施事業者一覧表

### 美容室

【令和7年11月現在】

番号	店舗名	代表者	所在地	電話番号	営業日	営業終了後	休日
1	K Style Factory	武部 和子	北町 8-14	23-6967	—	○	—
2	杉永美容院	杉永 澄子	西町 7-13	24-1342	○	—	—
3	(有)スタジオ21	谷川 嘉英	小泉 2395-22	26-0021	○	—	—
4	Heart warming hair	平塚 元子	万野原新田 3043-16	22-6511	○	—	—
5	ビューティーサロン白糸	渡辺 一恵	原 990-1	54-0698	○	—	○
6	美容室オークラ	大倉 美佐子	野中町 735	27-4411	○	—	—
7	美容室髪恋	土井 恵美子	淀師 522-1	090- 1787- 6869	○	○	○
8	美容室One's(ワンズ)	牧野 圭子	西町 6-9	23-5451	○	—	—
9	ヘアーサロンヌーヴー マルヤマ	丸山 正子	大宮町 25-1	26-3028	○	—	—
10	ヘアースペースLink	植松 勉	朝日町 8-11	26-5862	○	—	—
11	ヘアメイク リバティ	井澤 たまき	神田川町 12-11	23-3556	○	—	—
12	Chilol	藁科 孝	舞々木町 870	22-3950	○	—	—
13	美容室 Merci	佐野 雅子	外神 284-5	090- 5852- 4105	○	—	—



- ※ 営業日 = 営業日に利用できる店舗です。
- ※ 営業終了後 = 営業終了後に利用できる店舗です。
- ※ 休日 = 休業日に利用できる店舗です。

令和7年度 紙おむつ購入費等助成券取扱店一覧

取扱店名	1	2	3	4	5	6	7	8
取扱店名	アメリカヤ薬局	SOU福祉用具松本	わか葉薬局 芝川店	介護ショップ オギ	かぎや薬局	寺田源道寺薬店	ふかさわ薬局	メイプル薬局 若の宮店
住所	東町15-2	富士市長通12-1	大久保13-1	淀師1730-1	宮町8-23	弓沢町1066	野中640-6	若の宮町377
電話	26-2371	0545-66-3030	65-3885	23-9540	26-2363	26-5367	27-0868	22-3929
営業時間	9:00-19:00	8:30-17:30	平日 9:30-18:00 土 9:30-13:30	8:30-17:30	平日 9:00-18:00 祝 10:00-18:00	9:00-18:00	月・火・木・金 9:30-18:00 水 9:30-12:30 土 9:30-13:00	月・火・水・金 9:00-19:00 木 9:00-13:30 土 9:00-13:30
定休日	日	土・日	水・日・祝	日	水・日	土・日・祝	日・祝	
配 送	○	○	○ (土曜×)	○	○	○	○	
配送地域	一部地域不可	全域	全域	全域	一部地域不可	一部地域不可	全域	

取扱店名	9	10	11	12	13	14	15	16
取扱店名	メイプル薬局 田中店	メイプル薬局 中央店	メイプル薬局 上小泉店	介護用品ショップ げんき堂	フォレストタウン	介護ショップ しづき	かごや	ケアベース ふじやま
住所	田中町184-4	中央町12-2	小泉1539-18	小泉336-17	淀川町30-6	富士市中島480-1	淀平町714	富士市瓜島町102-2
電話	25-5877	25-6677	25-8600	28-5092	24-2414	0545-65-9191	25-0181	0545-55-1288
営業時間	平日 9:00-19:00 土 9:00-14:30	平日 8:30-18:30 土 8:30-15:00	平日 9:00-18:30 土 9:00-14:30	9:00-18:00	8:30-17:30	9:00-18:00	9:00-18:00	9:00-18:00
定休日	日・祝	木・日・祝	水・日・祝	土・日	土・日・祝	12/29~1/3	日	12/30~1/3
配 送	○	○	○	○	○	○	○	○
配送地域	全域	全域	全域	全域	全域	全域	全域	全域

配送を希望する場合は、配送に○がついた取扱店に配送地域や配達日を確認してください。

令和7年度 紙おむつ購入費等助成券取扱店一覧

取扱店名	17	18	19	20	21	22	23	24
スーパードラック ストア 富士宮浅間店	杏林堂 介護ショップ メイプル	介護ショップ マーガレット	介護ショップ プラス	リバティ	ジャンボ エンチョー 富士宮店	マルレーヴ	株式会社 エスポート 富士宮店	
住 所	浅間町6-3	富士市伝法2525-1	南部町内船7620-1	大岩451-27	富士市松岡1806-324	万野原新田3736-1	富士市大淵2416-5	矢立町927
電 話	25-5211	0545-55-5336	0556-64-1152	070-5335-4147	0545-60-6333	22-3300	0545-32-6551	25-8000
営業時間	9:00-21:45	9:00-18:00	9:00-16:00	8:30-17:30	9:00-18:00	9:00-19:30	8:00-17:00	9:30-20:30
定休日	なし	日・祝・12/30～ 1/3	土・日	土・日・祝	なし	なし	土・日・祝	1/1・1/2
配 送			○	○	○	○	○	
配 送 地 域		全域	全域	全域	全域	全域	全域	

配送を希望する場合は、配送に○がついた取扱店に配送地域や配達日を確認してください。

令和7年度 富士宮市配食サービス登録事業者一覧

R7.12.1 現在

※自費での配食を希望する場合は、事業者に直接連絡してください。

**価格一覧表**

各事業者ごとの価格一覧(自費で利用した場合)です。  
※食事内容・申し込みについては直接業者へ確認してください。  
※価格は全て税込みです。

<自費利用の場合>

R7.12.1現在

夢季 (富士ティナーサービス)		望月給食	ライフデリ富士・富士宮店	宅配弁当どし	宅配クック123	まごころ弁当かりゆし店
連絡先	0120-022-206	0544-24-0334	0545-30-6990	0544-21-3936	0545-64-7855	0120-588-014
普通食	505円または610円	580円	630円	650円	685円・724円・788円	640円
普通食 (おかずのみ)	460円、505円、567円  700円(1200、1400、 1600kcal) 752円(1800kcal)	530円  580円	550円  ごはんセット860円 おかずのみ780円	500円  ×	577円・616円・680円  ごはんあり885円 おかずのみ777円	560円  ごはんあり870円 おかずのみ820円
糖尿病食	752円(おかずのみ)	580円	ごはんセット940円 おかずのみ860円	×	ごはんあり885円 おかずのみ777円	ごはんあり870円 おかずのみ820円
透析食	752円(おかずのみ)	580円	ごはんセット940円 おかずのみ860円	×	ごはんあり885円 おかずのみ777円	ごはんあり870円 おかずのみ820円
やわらかい食	×	580円	おかゆセット830円 おかずのみ750円	ごはんあり1000円 おかずのみ850円	ごはんあり885円 おかずのみ777円	ごはんあり750円 おかずのみ700円
ムース食	×	×	おかゆセット760円 おかずのみ680円	ごはんあり1000円 おかずのみ850円	ごはんあり885円 おかずのみ777円	ごはんあり750円 おかずのみ700円
塩分制限食	×	580円	ごはんセット630円 おかずのみ550円	ごはんあり650円 おかずのみ500円	ごはんあり885円 おかずのみ777円	お弁当 小455円 お弁当 大542円
カリウム制限食	×	580円	ごはんセット940円 おかずのみ860円	×	ごはんあり885円 おかずのみ777円	ごはんぱく調整ごはん920円 おかずのみ820円
一口大、刻み、どろみ、 ミキサー等	一口大、刻みのみ対応可能 (追加料金なし)	一口大、刻みのみ対応可能 (追加料金なし)	十六種穀米変更、一口大、 おかゆ、刻み対応可能 (追加料金なし)	一口大、刻みのみ対応可能 (追加料金なし)	一口大、刻みのみ対応可能 (追加料金なし)	一口大、刻み、どろみ、 ミキサー対応可能 (追加料金なし)

## 各種サービス申請書等様式

(市のホームページからもダウンロードできます。)

富士宮市 高齢者向けサービス

検索



福祉サービス	申請書様式	ページ	担当課
はり・きゅう・マッサージ費用助成	別紙 1	28	福祉企画課 福祉企画係
補聴器購入費助成	別紙 2	29	福祉企画課 福祉企画係
寝具洗濯乾燥消毒サービス	別紙 3	30	福祉企画課 福祉企画係
訪問理美容サービス	別紙 3	30	福祉企画課 福祉企画係
ホームセキュリティシステム設置	別紙 3 別紙 4	30 31・32	福祉企画課 福祉企画係
ねたきり老人等介護手当	別紙 5	33	福祉企画課 福祉企画係
避難行動要支援者名簿登録	別紙 6	34	福祉企画課 福祉企画係
紙おむつ購入費助成	別紙 7	35・36	高齢介護支援課 介護保険係
配食サービス助成	別紙 8	37・38	高齢介護支援課 介護保険係
徘徊高齢者在宅生活継続支援	別紙 9	39・40	高齢介護支援課 介護保険係
ゆずりあい駐車場利用証の交付	別紙 10	41・42	障がい療育支援課 障がい支援係
移動制約者運賃助成券	別紙 11	43	障がい療育支援課 障がい支援係

## お願い

下記サービスが不要となった場合や、対象者要件から外れる場合は、書類の提出が必要となりますので必ず市役所までご連絡ください。

- 寝具洗濯乾燥消毒サービス
- 訪問理美容サービス
- ホームセキュリティシステム設置
- ねたきり老人等介護手当
- 避難行動要支援者名簿登録
- 配食サービス助成
- 徘徊高齢者在宅生活継続支援



## 第1号様式（第3条関係）

## はり・きゅう・マッサージ費用助成券交付申請書

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

はり・きゅう・マッサージ費用の助成を受けたいので、助成券の交付を申請します。

申請者	住 所	富士宮市			
	電話番号	( ) -			
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	70歳未満の方は、お持ちの身体障害者手帳の内容を記入してください。				
	等 級	級	手 帳 番 号		
交付年月日	年 月 日	第 号			

助 成 券 番 号	第 号	受取人 _____ (申請者との関係 : _____)
確認書類【 免許証 マイナンバーカード 資格確認書 手帳 】 【 本序 北山 上野 上井出 白糸 芝川 】		担当者 _____
市処理欄		

## 富士宮市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

富士宮市高齢者補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ				年齢	歳	
	氏名						
	住所	〒 富士宮市					
	電話番号			生年月日	年 月 日		
助成金申請額		円 ※100円未満切捨て			補聴器の種類		
					箱型・耳掛型・耳穴型 その他（ ）		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・労金			本店・支店 出張所		
	預金種別	普通	口座番号				
	口座名義人（カタカナ）						
<p>私は、他の法令等の規定による補聴器の購入に係る助成を受けていないこと及び過去に同様の助成を受けていないことを誓約します。また、市長が、この申請の内容について、住民基本台帳その他の公簿等の調査及び障害者手帳の所持の有無の照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>							

※耳鼻咽喉科医師証明欄	(申請者氏名)について、 両耳の聴力レベルが40デシベル以上であること 日常生活において補聴器を使用する必要があること を証明します。						
	令和 年 月 日						
	所在 地						
	医療機関 名 称						
	医師 氏名						

印

第1号様式（第4条関係）

**在宅福祉事業利用登録申請書**

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

次のとおり在宅福祉事業を利用したいので申請します。

申請者	住 所	〒 ふりがな	利用者との関係	
	氏 名		連絡先	
	代 理 申請機関			
利用者	住 所	〒 富士宮市	生年月日	M・T・S 年 月 日
	ふりがな			
	氏 名		連絡先	
て事業利用にをさい。○つづける	1 ホームセキュリティシステム設置事業			
	2 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業			
	3 訪問理美容サービス事業			
緊急連絡先	住 所	〒 ふりがな	利用者との関係	
	氏 名		連絡先	
緊急連絡先	住 所	〒 ふりがな	利用者との関係	
	氏 名		連絡先	

**【承諾書】**

私は、私の世帯に係る課税状況及び世帯員の構成等、個人情報について、必要に応じて市が調査することに同意いたします。

また、実施機関等が市からその情報の提供を受けることを承諾します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

市記入欄	課 税 ・ 非 課 稅	自 己 負 担 額	有 ・ 無
------	-------------	-----------	-------

## ホームセキュリティシステム利用対象者調査票

(第3号様式の補足)

対象者	住 所	富士宮市				
	フリガナ				電話番号	
	氏 名					
	生年月日	M・T・S	年	月	日	血液型

**1 心身の状況**

視 力	普通	弱 視	全 盲	上 肢	普 通	少し不自由	不自由
言 語	普通	少し不自由	不自由	下 肢	普 通	少し不自由	不自由
聴 力	普通	やや難聴	難聴	精 神	安 定	少し不安定	不安定

**2 健康の状況**

健康時の状況	血圧	体温	脈拍			
かかりつけの 医療機関				<input checked="" type="checkbox"/>		
				<input checked="" type="checkbox"/>		
既往症状(病歴)						
現在の健康状態						

**3 その他**

登録ガス会社		<input checked="" type="checkbox"/>
備 考	都市ガス・プロパンガス・オール電化のためガス不使用	

## 緊急連絡先

### 【対象者】

フリガナ		電話番号
氏名	様	

※登録する連絡先は、相手の方にご了承を得た上で記入してください。

### 【緊急連絡先】

①	フリガナ		電話番号
	氏名	様	
	住所	〒	
	利用者との関係		利用者自宅の鍵の有無 有・無

②	フリガナ		電話番号
	氏名	様	
	住所	〒	
	利用者との関係		利用者自宅の鍵の有無 有・無

③	フリガナ		電話番号
	氏名	様	
	住所	〒	
	利用者との関係		利用者自宅の鍵の有無 有・無

### 市処理欄

利用料金	本人負担・免除	確認日		担当	
------	---------	-----	--	----	--

認定番号：\_\_\_\_\_

第1号様式（第3条関係）

## ねたきり老人等介護手当受給資格認定申請書

令和 年 月 日

富士宮市長あて

申請者	住 所	富士宮市 _____
	(ふりがな)	氏 名 _____
	生年月日	T・S・H _____
	電 話	_____

富士宮市ねたきり老人等介護手当の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

ねたきり老人等	(ふりがな) 氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日	歳
	申請者との続柄			
支払希望金融機関名 (介護者名義)	金融機関名	銀行・信金 農協・労金 支店		
	口 座	普通預金	口座番号 _____	号 預金者氏名カタカナ ( )
現 在 の 状 態	<input type="checkbox"/> 自宅でねている。(かかりつけの病院名： ) <input type="checkbox"/> 入院している。 (病院名： )			
ねたきり等又は入退院の時期・原因	か月 (ねたきり等又は入院の時期 年 月 日) (ねたきり等の原因・病名等 )			

備 考 項目の該当□内にレ印をつけてください。

持 ち 物 介護者名義の預金通帳または、銀行名、支店名、預金種別、口座番号、カタカナの預金者氏名が確認できるもの

## 【承諾書】

私は手当の受給のため、受給資格がなくなるまでの間、市がねたきり老人等介護手当の受給資格要件を確認する目的で、私及び私が介護する高齢者の個人情報を調査することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	
-----------	--	-----------	--

**富士宮市 避難行動要支援者名簿情報提供の同意申請書**  
**(避難を支援してくれる関係者へ情報提供の同意について)**

フリガナ			性別	男・女	生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日
氏名							
住所	〒 富士宮市						
自治会名	区	町内	班	電話番号			
避難支援を必要とする事由(該当する番号に○)	1 高齢者世帯( 75歳以上のひとり暮らし・75歳以上の高齢者のみ世帯 ) 2 要介護の認定を受けている( 要介護 3 ・ 4 ・ 5 ) 3 身体障害者手帳の交付を受けている ( 1級 ・ 2級 ) 4 療育手帳Aの交付を受けている 5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている ( 1級 ・ 2級 ) 6 特定疾病治療研究事業の医療費助成認定を受けている難病者 7 上記1~6に該当しないが災害時に支援が必要で自ら登録を希望する方						
特に避難支援を受けたい事由							
緊急連絡先	住所						
	氏名			電話番号			

上記の個人情報を、避難の支援、安否の確認、生命または身体を災害から保護を受けるために、避難を支援してくれる避難支援関係者(自主防災組織(区長・会長・役員・町内会長・班長)・民生委員児童委員、消防団員、その他行政機関及び福祉関係団体)へ提供することに、

**□同意します。 □同意しません。**

同意しない場合には、下記の理由に☑を付けてください。

- 社会福祉施設等に入所により自宅にいない。  家族等の支援が受けられるため。  
 個人情報の提供を望まないため。  その他( )

**【注意事項】**

避難支援や安否確認の必要がある際には、住居内に立ち入る場合があります。

情報提供に同意することにより、災害時での避難行動の際に支援を受ける可能性は高まりますが、支援者自身の安全確保後に可能な範囲で支援を実施するため、法的な責任や義務を負うものではなく避難支援が必ずしもされることを保証するものではありません。

同意の意思について、変更の申し出がない限り自動継続とします。

同意しない場合は関係者へ情報提供を行いませんが、発災時には個人の生命、身体又は財産を保護するために市から関係者へ情報提供することがあります。

【代理人署名】本人が署名できない場合、または未成年の場合は代理の方の署名をお願いします。

氏名		電話番号	
----	--	------	--

## 第1号様式（第5条関係）

年 月 日

## 富士宮市紙おむつ購入費（配送費）助成申請書

富士宮市長 宛

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり、富士宮市紙おむつ購入費助成券等の交付の申請をします。

申 請 者 情 報	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名		年 齢	歳
住 所	〒	電話 ( ) -		
要介護認定等	無・有(要支援1・2／要介護1・2・3・4・5) 居宅介護支援事業所:			
私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る個人情報を必要に応じて市が調査することに同意いたします。				
年 月 日 申請者氏名 _____				

## 委 任 状

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_

私に交付される紙おむつ購入費（配送費）助成券の受け取りを下記の者に委任します。

受任者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

紙おむつ購入費助成券

円分、配送費助成券

回分を受け取りました。

受領欄



## 利用者のアセスメント（必須）

※担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が記入してください。（本人記述不可）

記入日	年      月      日	被保険者番号	
所 属		対象者 氏名	
記入者		介 護 度	
連絡先			

[ ] 内の該当するものについて、丸で囲む 又は記入してください。

(1) 常時寝たきり又はそれに近い状態かどうか

- ・立位保持ができるか [ 自立 • 要介助 • できない ]
- ・トイレまでの移動 [ 自立 • 要介助 • できない ]
- ・寝たきりの状態 [ 非該当 • 該当 ]

(2) 排尿・排便に支障があるかどうか

- ・トイレで排尿・排便ができるか [ できる • できない ]
- ・自分で衣服の着脱ができるか [ できる • できない ]
- ・尿意・便意を自分で感じることができるか [ できる • できない ]

(3) 失禁の原因となっている疾病など

- ・失禁等について医師から診断が出ているか [ 出ていない • 出ている ]
- ・認知症について医師から診断が出ているか [ 出していない • 出ている ]

※医師から診断が出ている場合、疾病名を記入してください

--

(4) 週の半分以上在宅での生活かどうか

- [ 在宅 • その他 ]

(5) 配送費助成券の希望の有無

- [ 高齢者のみ等のため希望有 • 無 ]

<富士宮市記入欄>

紙おむつ 購入費 助成券	◆市民税課税世帯又は要支援1・2、認定なし <input type="checkbox"/> 年間 5,000円 : 1,000円×5枚
	◆市民税非課税世帯で要介護1～5又は疾病等により失禁が認められる <input type="checkbox"/> 年間 20,000円 : 1,000円×20枚 (申請日 4月1日～6月30日) <input type="checkbox"/> 年間 15,000円 : 1,000円×15枚 (申請日 7月1日～9月30日) <input type="checkbox"/> 年間 10,000円 : 1,000円×10枚 (申請日 10月1日～3月31日)
配送費 助成券	<input type="checkbox"/> 該当 ( 枚) 高齢者のみ等の世帯のため <input type="checkbox"/> 非該当

第1号様式（第4条関係）

## 富士宮市配食サービス助成金交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所

申請者 氏 名

電話番号

本人との関係

次のとおり、富士宮市配食サービス助成金交付の申請をします。

利 用 者 情 報	被保険者番号		生年月日	年 月 日	
	フリガナ				
	氏 名		年 齢	歳	
	住 所	〒	電話 ( ) -		
	要介護認定	無・有(要支援1・2／要介護1・2・3・4・5)			
居宅介護支援事業所:					
緊 急 連 絡 先	氏 名		利用者との続柄		
	住 所	〒	電話 ( ) -		
利用事業者名 (希望業者に○をつける)	1. 夢季 2. 望月給食 3. ライフデリ 4. 宅配弁当とし 5. 宅配クック 123 6. まごころ弁当		開始希望日	月 日から	
配食事業者からの連絡		1. 利用者 2. 緊急連絡先			
<p>私は、実施機関等が、私の介護保険被保険者情報の提供を受けることを承諾します。</p> <p>私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る個人情報を必要に応じて市が調査することに同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 利用者氏名 _____</p>					

市 記 入 欄	決定・不可	助成食数 食 ※治療食 有( ) 無			
	決裁日	課 長	係 長	係 員	担 当
	令和 年 月 日				

## 利用者のアセスメント（必須）

※担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が記入してください。（本人記述不可）

所 属 _____ 記入者 _____ 連絡先 _____	記 入 日 年 月 日 被保険者番号 _____ 対象者氏名 _____
-------------------------------------	--

申請者の世帯の状況について、該当するものに丸で囲む または記入してください。

1	独居・高齢者のみの世帯、またはそれに準ずる世帯※ ※住民票の世帯ではなく、実態の世帯を指す。	はい・いいえ
2	買い物ができない 理由：	はい・いいえ
3	調理ができない 理由：	はい・いいえ
4	治療食等の希望	あり・なし ( )
5	要介護・要支援認定の有無	あり・なし ※介護申請中・事業対象者は、なしを選択
6	食事の提供を伴う介護（予防）サービスの利用状況 ※サービスの利用日に○をつけてください。	月・火・水・木・金・土・日

### <富士宮市記入欄>

本人及びその配偶者が市県民税非課税である (質問5でなしを選択した場合、最大週3食まで)	<input type="checkbox"/>	週 食
本人またはその配偶者が市県民税課税だが、本人及びその配偶者が均等割のみ賦課されている (最大週3食まで)	<input type="checkbox"/>	
本人またはその配偶者が市県民税課税で、所得割及び均等割が賦課されている	<input type="checkbox"/>	対象外
同居人がいる・買い物ができる・調理ができる	<input type="checkbox"/>	

## 第1号様式（第6条関係）

## 富士宮市徘徊高齢者在宅生活継続支援サービス利用登録申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所

申請者 氏 名

電話番号

本人との関係

次のとおり、富士宮市徘徊高齢者在宅生活継続支援サービスの利用申請をします。

利 用 者 情 報	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名		年 齡	歳
	住所	〒	電話 ( ) -	
	要介護認定等	無・有(要支援1・2／要介護1・2・3・4・5)		
居宅介護支援事業所:				
緊 急 連 絡 先	氏名	利用者との続柄( )		
	住所	〒	電話 ( ) -	
私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る個人情報を必要に応じて市が調査することに同意いたします。				
年 月 日		利用者氏名 _____		

## 利用者のアセスメント（必須）

※担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が記入してください。（本人記述不可）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	被保険者番号 _____
所 属 _____	対象者 氏名 _____
記入者 _____	介 護 度 _____
連絡先 _____	

以下の項目の該当箇所を記入してください。

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b
	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
(1)短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり		<input type="checkbox"/> 問題なし	
(2)自分の名前や生年月日を言うことが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(3)意思を伝達することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(4)毎日の日課を理解することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(5)今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(6)火の始末や火元の管理が	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(7)場所を理解することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> できない	
(8)一人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	
(9)外出して戻れないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	

サービスを必要とする理由を具体的に記入してください。

--

<市記入欄>

確認日	年 月 日	担当確認欄	
-----	-------	-------	--

年 月 日

静岡県知事 様

## 静岡県ゆずりあい駐車場 利用証交付申出書

- ① 静岡県ゆずりあい駐車場の利用証の交付を希望します。

御本人の氏名・住所等		代理人の場合の氏名・住所等	
住 所		住 所	
氏 名		氏 名	
電話番号		電話番号	
生年月日		御 本 人 と の 関 係	

該当する箇所に□（チェック）を入れてください。

- ② 歩行困難な状況は、以下のとおりになります。

- 車いすを常時利用します
- 歩行の際に介助や用具などを要します
- 歩行に著しく時間がかかります
- 歩行するとめまいや息切れが起きます
- その他 ( )

- ③ 車の運転は、以下のとおりになります。

- 自ら運転します
- 自ら運転するときもあります
- 介助者が運転します

- ④ 車いすマークの駐車場の利用状況は、以下のとおりになります。

- 常時利用しています
- 状態の悪いときのみ利用しています
- 利用していません

⑤ 確認事項

利用証の交付には、以下の内容について同意していただく必要があります。御理解していただいた上で□（チェック）を入れてください。

- 車いすマークの駐車場は、これから利用証を取得する方や、怪我などで一時的に車いすを使用する方等が駐車することもある点を御承知おきください。（利用証は、駐車許可証ではありません。）
- 介助者が同乗している場合等で、施設の入口近くの乗降スペースや車いすマークの駐車場への一時的な停車により乗降が可能な場合には、一般の駐車場に駐車ください。  
(限られたスペースを有効に使うため、利用者同士のゆずりあいに御協力ください。)

⑥ 障害等の等級で該当する箇所に☑ (チェック) 及び記載をしてください。

区分	記入部分
車いす常時利用	<input type="checkbox"/> 歩行ができず、移動手段は車いすになります。
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 5級
肢体不自由上肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級
肢体不自由下肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級・ <input type="checkbox"/> 5級・ <input type="checkbox"/> 6級
肢体不自由体幹	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 5級
脳原上肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級
脳原移動	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級・ <input type="checkbox"/> 5級・ <input type="checkbox"/> 6級
心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
ぼうこう機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
直腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
小腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
知的障害	<input type="checkbox"/> A
精神障害	<input type="checkbox"/> 1級
高齢者	要介護度 <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 1
難病患者	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受給者
妊娠婦	出産（予定）日： 年 月 日
けが人・病人	歩行困難な期間： 年 月 日 から 年 月 日まで

初回交付ですか。再交付ですか。

初回交付  再交付(理由: )  
 前回交付番号( )

(以下記載不要)

書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳	交付番号		受付印	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	有効期限			
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳				
	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	交付した利用証の種類			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受診券	□赤	□オレンジ	□緑	
	<input type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車標章				

第1号様式（第6条関係）

## 富士宮市移動制約者運賃助成券交付申請書

年　月　日

富士宮市長　宛

住　所

申請者　氏　名

電話番号

富士宮市移動制約者運賃助成要綱による助成券の交付を申請します。

市長が、助成券の交付に係る世帯の課税状況を確認することについて同意します。

申請者氏名

## ※市確認欄

種類	等級	番号	交付日及び認定日
身体障害者手帳	1級・2級	第　　号	年　月　日
療育手帳	A	第　　号	年　月　日
精神障害者保健福祉手帳	1級・2級	第　　号	年　月　日
介護保険被保険者証	要介護度 1・2・3・4・5	第　　号	年　月　日

市民税（世帯状況）	課税・非課税	居住	在宅・非在宅
自動車・軽自動車税	減免・非減免	生活保護	受給・未受給
交付日及び交付番号		受領者	
年　月　日 第　　号		住所 氏名 本人との関係　　電話番号	

# 認知症の相談をしたい

「もしかして認知症？」「どこの病院を受診したらいいの？」「これから的生活について相談にのってほしい。」など、認知症を不安に思ったら、まず相談をしましょう。  
一步を踏み出す勇気が大切です。

## 認知症の相談ができる窓口

認知症に関する相談を始め、医療機関や集いの場などの情報、生活に関する相談がしたいときは、お住まいの地区的**地域包括支援センター**に相談しましょう。

【担当の地域包括支援センターがわからないときの窓口】

富士宮市地域包括支援センター ☎ 0544-22-1591  
(高齢介護支援課)



## 同じような経験をしている仲間に相談したい 話を聞いてほしい

認知症を抱える家族の会 さくら会 ☎ 090-9938-1776(会長 稲葉)

富士宮市内にある認知症の家族会です。認知症の家族を介護している人、介護の経験のある人、色々な会員さんの話を聞くことができます。  
同じような経験した家族だからこそ話せることもあります。



開催日時 每月第1火曜日 10:30~12:00  
場所 大富士交流センター ※日時や場所は変更になることがあります。



認知症カフェ さくらカフェ

家族会で認知症カフェもやっています。  
認知症カフェに関する情報は、  
ホームページを参照ください。



## 認知症予防や軽度認知障害(MCI)について相談したい

保健センター(健康増進課)

☎ 0544-22-2727

認知症予防に関する教室の紹介、相談ができます。

## その他の相談先

静岡県認知症コールセンター

☎ 0545-64-9042

週3回(月・木・土)10:00~15:00 ※祝日・年末年始除く  
認知症の人と家族の会静岡県支部が相談にのってくれます。

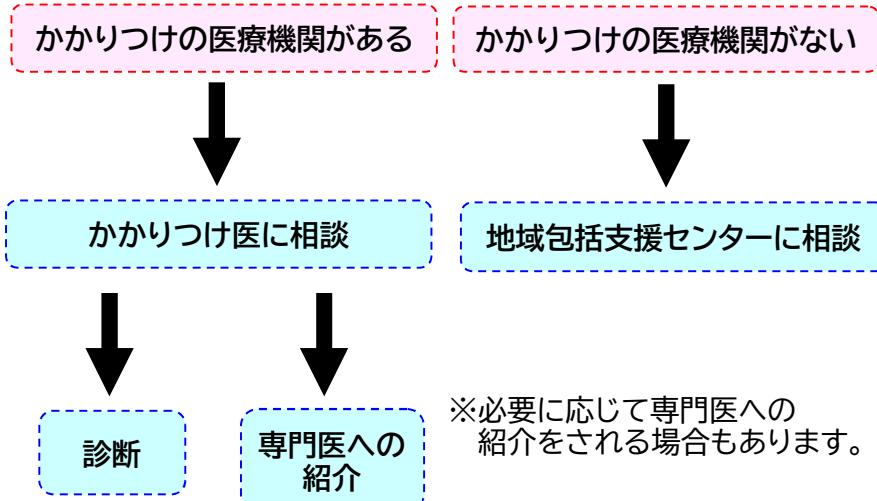
富士宮市には、地域包括支援センターのほかにも、あなたの力になってくれる人がいます。  
身近な地域の**民生委員**に相談するのもよいでしょう。  
介護も含めた相談の場合には、お近くの**介護保険サービス事業所**への相談もできます。

# 受診について相談したい

## 【認知症を診察してもらいたいとき】

あなたやあなたの大切な人が認知症を不安に感じたら、まず“かかりつけの医師”に相談します。かかりつけの医師がいない、どこの病院に行ったら良いのかわからない、生活の不安や困りごとがあるときには、地域包括支援センターにご相談ください。

## ●○受診の流れ○●



## ●○受診時のポイント○●

生活の中で覚えた違和感を伝えましょう。受診前にあらかじめ相談したいことをメモしたり、チェック票に記載し伝えることもいいでしょう。

どうしても家族の前では言いにくいことがある場合は、メモをしてあらかじめ受付に渡しておくとよいでしょう。

また、医療機関に「医療連携室」や「相談室」がある場合は、受診に関して困っていることや、不安に思っていることを相談できます。

### 【準備する情報】

- 具体的な症状
- 今までの経緯
- 困っていること
- 今までにかかった病気
- 飲んでいる薬
- 家族の協力状況 など

## 認知症疾患医療センター

圏域ごとに設置されている認知症の専門医療機関です。認知症に関する詳しい診断、行動が落ち着かない時の対応など専門的な医療の相談ができます。

地域の専門職と連携し認知症の方や家族に、適切な専門医療を提供する役割を持っています。

## 富士圏域の認知症疾患医療センター

### 東静脳神経センター

(富士宮市西小泉町14-9)

☎ 080-3678-9901  
(もの忘れ外来・相談専用携帯)  
月～金8:30～17:30  
土は12:30まで  
※祝日および年末年始除く

【予約・診察】  
上記に電話で予約  
診察日:月～金

### 鷹岡病院

(富士市天間1585)

☎ 0545-71-3370  
☎ 090-8552-9503  
月～土9:00～16:00  
※祝日および年末年始除く

【予約・診察】  
上記に電話で予約  
来院相談:月～金  
鑑別診断(診察) 第1・3木曜  
第2・4金曜

認知症という病気は、私たちの人生の一部です。

認知症になつても、人生を自分らしく生きている人はたくさんいます。

むしろ、そうした人のほうが多いかもしれません。

仮に認知症と診断されてもその日から何もできなくなるわけではありません。



©富士宮市さくやちゃん

# 富士宮市見守り・SOSネットワーク事業

## 事前登録の受付をしています！

認知症などにより、判断力や記憶力が低下し、道に迷ったり、自分の家がわからなくなってしまう場合があります。

万が一、行方不明になった時に備え、名前・住所・連絡先・写真等を事前に登録し、実際に行方がわからなくなったら時に登録した情報を活用し、早期に発見・保護するための事業です。

### 【事前登録対象者】

“もしも”の時に備えよう♪

道に迷ったり、家に帰ることができなくなる可能性のある高齢者などで登録を希望する方、名前が言えない可能性がある方 など

### 【事前登録方法】

①地域包括支援センター、ケアマネジャーまたは市役所 高齢介護支援課に相談する。

②申請書を市役所 高齢介護支援課に提出する。

※申請は原則、本人またはその家族が行ってください。

独居等で近隣に家族等がない場合は、**本人や家族の同意が得られれば**、状況がわかる地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、施設等のサービス提供者等が代わりに届け出をします。

**顔写真と全身の写真一枚ずつご用意ください。**（準備ができない場合はご相談ください。）

※事前登録情報は、高齢介護支援課、富士宮警察署で共有します。

**※事前登録をされた方に見守りシールを配布します！！**

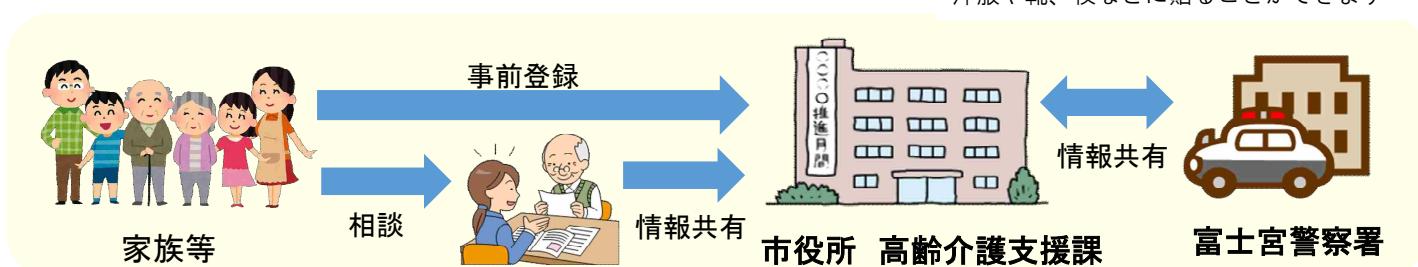
詳しくは、高齢介護支援課までお問い合わせください。



©富士宮市さくやちゃん



洋服や靴、杖などに貼ることができます



～安心して外出するための備え～

持ち物などに名前を書いておきましょう。行方不明になった場合は、速やかに**富士宮警察署**（☎ 0544-23-0110）に連絡しましょう。



【問い合わせ】 富士宮市役所 高齢介護支援課

☎ : 0544-22-1591

# 富士宮お守りシール

このお守りシールは、安心して外出できるために作られたシールです。  
富士宮市見守り・SOS事前登録をされた方に配布しています。

## 【お守りシール】



耐水性のあるアイロンプリントシールと  
ライトで反射するシールタイプの  
2種類を配布しています。  
外出時に身に着けるものに貼ることができます。



### 連絡先を携帯しよう

行方不明だけでなく、ケガや事故に巻き込まれた時の備えとして、自分の情報・家族などの連絡先を書いた紙を携帯することも大切です。財布やいつも持ち歩くカバンなどに入れている方もいます。

### ヘルプマーク

キーホルダーのように鞄などにつけることができます。付属のシールがあり、必要な援助の内容や連絡先を書き込むことができます。  
詳しくは障がい療育支援課へ

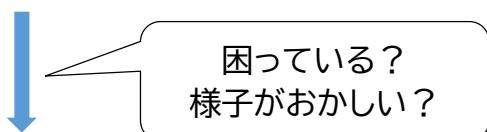


## お守りシールを見かけたら

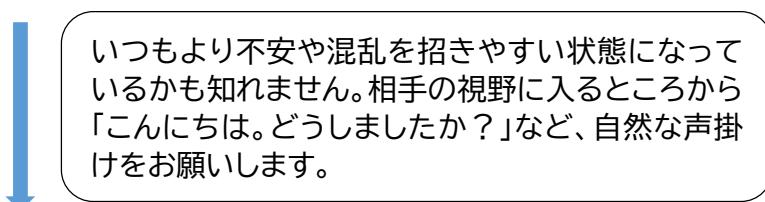
ひとりで歩いているからと言って、シールを付けている方が全員道に迷っているわけではありません。はじめは目的を持って歩いていますが、ふとした瞬間に道がわからなくなってしまったり、目的を忘れてしまい、焦ってしまうことがあります。

**まずは様子を見て、困っているあれば声を掛け、そうでなければ見守り！**

① 様子を見る → 困っているなさそう → 見守る



② 声掛け



③ 家族などに連絡 ※連絡がつかない場合は富士宮警察署(☎23-0110)に連絡し、番号を伝えてください。

会話が難しいとき

お守りシール以外に、連絡先のわかるものを身につけている場合もあります。できる範囲で確認していただきたいです。

**(問い合わせ)** 富士宮市役所 高齢介護支援課 ☎0544-22-1591

あなたの  
緊急連絡先を  
確認できる



ご家族などに  
素早く  
連絡できる



到着前に  
あなたの情報を  
確認できる



# もしもの時のために 「救急かけはし」に登録しよう!

## 「救急かけはし」とは

静岡県医師会が運営するICTシステム シズケア\*かけはしの機能の一つ。あなたの緊急連絡先や服薬などの情報を事前に登録しておくと、突然の事故や急病の際、救急隊員や搬送先の病院が治療に役立て、救命率の向上などを図ります。

登録  
無料



シズケア\*かけはし  
イメージキャラクター「シズみん」



「救急かけはし」は、元気な方でも、登録できます。

お一人暮らしの方や、

ご家族が仕事や学校などに行っており、昼間、一人で過ごす時間が長い方は、いざというときに備えて、ご登録ください。

【問い合わせ】 富士宮市役所 高齢介護支援課  
☎ : 22-1591

詳しくは富士宮市の  
ホームページを  
ご覧ください。 →



# \*地域で仲間を増やして、楽しく、生き生きとした人生を送りませんか。

ふじさんシニアクラブ富士宮では、健康づくり・社会奉仕・友愛活動など、さまざまな取り組みを通じ、仲間づくりや生きがいづくりを進めています。

高齢になっても、いつまでも元気で心豊かに生活していくために、一緒に楽しく活動しませんか。

## \* ふじさんシニアクラブ富士宮って何？

社会福祉活動や健康増進活動、教養活動、交通安全活動などを行っている地域を基盤とする団体です。富士宮市では、昭和37年4月に17クラブ、会員数843人にて発足しました。令和7年4月1日現在では44クラブ、会員数1,844人となっています。



## \* 加入できる人は？

おおむね60歳以上の方ならどなたでも加入できます。  
年齢の上限はありません。

## \* 会費はいくらかかるの？

- ふじさんシニアクラブ富士宮の年会費：1人 370円
- 各クラブ年会費：クラブごとに決まっています。（1,000円～）  
下記のふじさんシニアクラブ富士宮事務局にご確認ください。

## \* どんなことをやっているの？

- |            |   |
|------------|---|
| ●社会奉仕活動の実施 | ・88歳の方へのお祝い（敬老の日）・全国一斉「社会奉仕の日」の実施   |
| ●健康増進活動    | ・グラウンド・ゴルフ大会・スポーツ大会・ウォーキング事業  |
| ●教養活動      | ・趣味の会の活動促進・各種教養講座への参加と生涯学習の推進<br>・文化祭の実施（舞台部門・展示部門・文化講演会）<br>・趣味・教養交流会の開催・文化の伝承と他世代との交流 |
| ●交通安全活動    | ・交通安全リーダー活動の推進・高齢者交通安全運動・行事への協力   |
| ●女性部活動     | ・レクリエーションダンス講座・ダンス講座・創作活動   |
| ●研修会の開催、参加 | ・日帰り旅行・世代交流イベント開催事業   |

など様々な事業を行っています。

## \* 興味のある事業だけ参加したいのですが…。

「社会奉仕活動だけ参加したい」「グラウンド・ゴルフだけ参加したい」といった方ももちろん大歓迎です。

## \* どの地区的クラブにも入会できるの？

基本的には自分の住んでいる地区的クラブに加入していただきます。（※ご相談ください）

## \* ためしに参加してみたいのですが…。

体験入会ができます。下記のふじさんシニアクラブ富士宮事務局にお問い合わせください。



ふじさんシニアクラブ富士宮事務局

富士宮市総合福祉会館内

☎ 0544-22-0294



公益社団法人

# 富士宮市シルバー人材センター

地域社会や自らのために豊かな知識と経験を活かしてみませんか？

富士宮市シルバー人材センターは、営利を目的としない公共的・公益的な団体で企業や家庭、公共団体などからさまざまな仕事を引き受けて、地域の経験豊かなシルバー会員の皆さんに仕事を提供しています。

私たちにお任せください。  
皆さんのお力になります。



会員になるには？会員になったら？

富士宮市にお住いの就業していない60歳以上の方ならだれでも会員になることができます。

## 【入会手続き】

毎月1回(月の初め)、センター事務局で入会説明会を行っています。日程や持ち物等については、センター事務局へお問い合わせください。

## 【仕事への就業】

ご希望に沿って、センター事務局からお仕事を紹介します。

## 【就業支援講習会について】

就業に役立つような各種講習会を実施しています。

お仕事をおまかせください!!

地域・能力・体力などを考慮して、適切な会員をご紹介します。

## 【こんな仕事をしています】

- ・家事援助、子育て支援…買物や掃除、洗濯、食事の支度、病院受診の付き添いなど
  - ・植木の剪定・庭の除草
  - ・公共施設 事業所 病院等の清掃
  - ・駐車場の整理
  - ・事業所での仕事
  - ・障子 ふすまの張替え
  - など
- ※必要な時に必要なだけ労働力を提供できます。



## 【安心してご利用いただけます】

- ・利用者の尊重…利用者の生き方や気持ちを大切にしています。
- ・プライバシーの保護…個人や家庭の情報を守秘します。

お問い合わせは 公益社団法人 富士宮市シルバー人材センター事務局

〒418-0022 富士宮市小泉569-2

0544-23-4008 fax0544-23-5530 e-mail fujinomiya@sjc.ne.jp

## MEMO

## 富士宮市役所 保健福祉部 連絡先

### ◎ 福祉企画課

○福祉企画係 電話：22-1457  
FAX：22-1277

### ◎ 高齢介護支援課

○介護保険係 電話：22-1141  
○認定審査係 電話：22-1474  
○地域包括ケア推進係 電話：22-1591  
(地域包括支援センター) FAX：28-4345

### ◎ 障がい療育支援課

○障がい支援係 電話：22-1145  
FAX：22-1251

### ◎ 福祉総合相談課

○福祉相談支援係 電話：22-1561  
○DV相談 電話：22-1143  
○保護係 電話：22-1144  
FAX：22-1203

### ◎ 健康増進課

○保健センター 電話：22-2727  
FAX：28-0267