

令和8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)	26～45
---------------------	-------

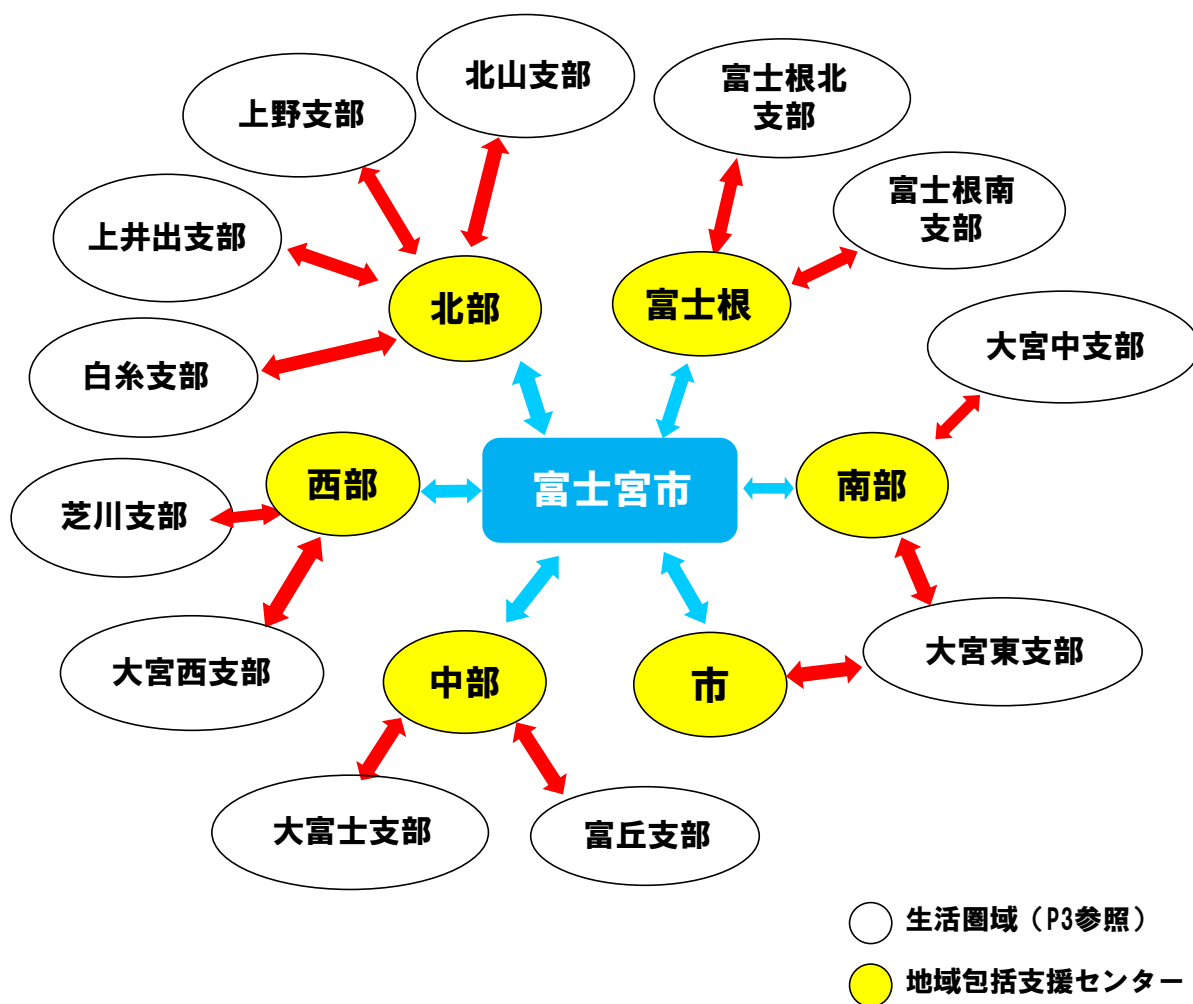
## ☆その他のお知らせ

認知症についての相談	46～47
見守り・SOSネットワーク事業	48～49
ふじさんシニアクラブ富士宮について	50
富士宮市シルバー人材センターについて	51
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 え ん 地域包括支援センター

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

「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、生活に関する事など、「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 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

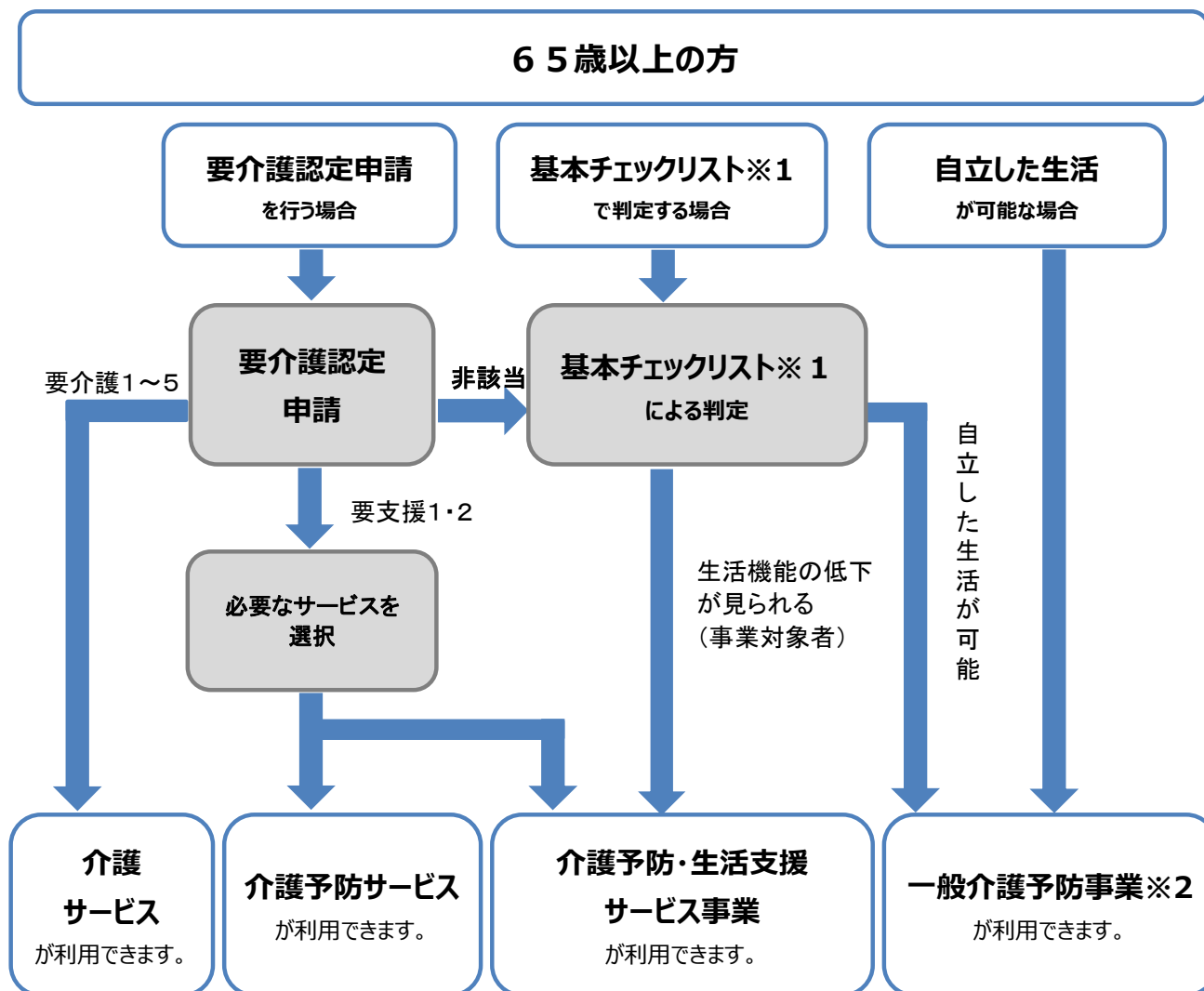
富士宮市地域包括支援センター ☎(0544) 22-1591

# (令和8年度～)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・貫戸・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	万野原新田3280-1	☎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・上稲子・下稲子・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)

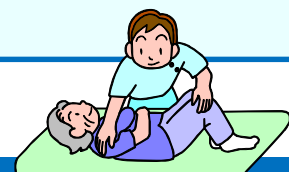
4月から翌年3月末日までに、1人1回、4枚つづりの助成券を交付  
します。

## 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

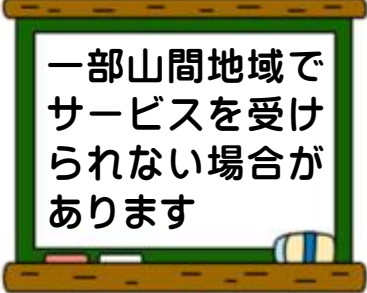
申請書、別紙3(P30)を記入し、福祉企画課へ提出してください。



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。



一部山間地域でサービスを受けられない場合があります

## 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

災害時の避難支援につなげるとともに  
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。名簿に登録した方は、あわせて個別避難計画セルフプラン（P35.36）の作成をお願いします。

## 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(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

# 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 (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

# 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。



セコム(株)が  
サービスを  
提供します

## 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（P41.42）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  
※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。
- 3 難病患者
- 4 病気・けがによる一時的歩行困難者  
※医師の診断書により駐車場の利用が必要と認められる者
- 5 妊産婦 ※妊娠 7 ヶ月～産後 1 2 ヶ月

## 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 (P43.44) 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)、特定医療費 (指定難病) 受給者証等 (※難病患者の場合)、医師の診断書 (※病気・けがの場合) を提示してください。

※妊産婦の方は母子健康手帳を持って、健康増進課 (TEL : 22-2727) へお願いします。

# 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 2 4 枚交付します。

## 申込方法

申請書、別紙 11（P45）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。

## 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8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 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	斉藤 俊英	○	○	○	
12	長田治療院	西町31-21 カンハイツ富士宮606	090-1473-9493	長田 肇	○	○	○	出張可
13	森治療院	西町22-9 リパティールク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
18	養春堂鍼灸院	万野原新田3137-4	24-8610	田口 雅子	○	○	○	

◎ 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8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

※ 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8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	齋藤 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	しえいくまん	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8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	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	ビューティーサロン白糸	渡辺 一恵	原 990-1	54-0698	○	—	○
5	美容室オークラ	大倉 美佐子	野中町 735	27-4411	○	—	—
6	美容室髪恋	土井 恵美子	淀師 522-1	090-1787-6869	○	○	○
7	美容室One's (ワズ)	牧野 圭子	西町 6-9	23-5451	○	—	—
8	ヘアーサロンヌーヴェー マルヤマ	丸山 正子	大宮町 25-1	26-3028	○	—	—
9	ヘアスペースLink	植松 勉	朝日町 8-11	26-5862	○	—	—
10	Chilol	藁科 孝	舞々木町 870	22-3950	○	—	—

※ 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8年度 紙おむつ購入費等助成券取扱店一覧

	1	2	3	4	5	6	7	8
取扱店名	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	メイプル薬局 田中店
住所	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	田中町184-4
電話	0545-66-3030	65-3885	23-9540	26-2363	26-5367	27-0868	22-3929	25-5877
営業時間	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 9:00-18:30 土 9:00-13:30	平日 9:00-19:00 土 9:00-14:30
定休日	土・日	水・日・祝	日	水・日	土・日・祝	日・祝	日・祝	日・祝
配送	○	○	○(土曜×)		○		○	○
配送地域	全域	全域	全域		一部地域不可		全域	全域

	9	10	11	12	13	14	15	16
取扱店名	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 しずき	かごや	ケアベース ふじやま	杏林堂 スーパードラック ストア 富士宮浅間店
住所	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	浅間町6-3
電話	25-6677	25-8600	28-5092	24-2414	0545-65-9191	25-0181	0545-55-1288	25-5211
営業時間	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	9:00-21:45
定休日	木・日・祝	水・日・祝	土・日 12/29~1/3	土・日・祝	日	12/30~1/3	土・日・祝	なし
配送	○	○	○	○	○	○	○	
配送地域	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送日を確認してください。

令和8年度 紙おむつ購入費等助成券取扱店一覧

	17	18	19	20
取扱店名	介護ショップ メイプル	介護ショップ マーガレット	ジャンボ エンチヨー 富士宮店	エスポット 富士宮店
住 所	富士市伝法2525-1	山梨県南都町内船7620-1	万野原新田3736-1	矢立町927
電 話	0545-55-5336	0556-64-1152	22-3300	25-8000
営業時間	9:00-18:00	9:00-16:00	9:00-19:30	9:30-20:30
定休日	日・祝・12/30~1/3	土・日	なし	1/1・1/2
配 送	○	○	○	
配送地域	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送日を確認してください。

令和8年度 富士宮市配食サービス登録事業者一覧

R8.4.1現在

事業者名	電話番号	配送エリア	利用可能日	配達時間		普通食	普通食（おかずのみ）	糖尿病食	腎臓病食	透析食	やわらかめ	ムース食	塩分制限食	カリウム制限	一口大	刻み	トロミ	キャンセル 連絡
				昼食	夕食													
有限会社 望月給食	0544-24-0334	富士宮市内 ※配達地域は要相談	毎日	10:00 ～ 12:00	13:30 ～ 17:00	○	×	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×	前日の 午前中まで
ライフデリ 富士・富士宮店	0545-30-6990	富士宮市内 ※上井出以北、旧芝川町 エリアは要相談	毎日	9:00 ～ 12:00	14:00 ～ 17:00	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	前日の 18:00まで
宅配弁当とし	0544-21-3936	市内全域	毎日 (5/3～6、 8/14～16、 12/30～1/3 は除く)	10:00 ～ 12:00	14:00 ～ 17:00	○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	×	×	前日の 16:00まで
宅配クック123	0545-64-7855	富士宮市内 ※北山以北は除く ※旧芝川エリアは要相談	毎日 (正月三日 は除く)	9:00 ～ 12:00	14:00 ～ 17:00	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	前日の 17:00まで
まごころ弁当 かりゆし店	0120-588-014	富士宮市全域	月～土 (正月三日 は除く、祝日 含む)	10:00 ～ 12:00	15:00 ～ 18:00	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	前日の 18:00まで

※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です。

※食事内容・申し込みについては直接事業者へ確認してください。

※価格は全て税込みです。

R8.4.1現在

	望月給食※	ライフデリ富士・富士宮店	宅配弁当とし	宅配クック123	まごころ弁当かりゆし店
連絡先	0544-24-0334	0545-30-6990	0544-21-3936	0545-64-7855	0120-588-014
普通食	750円	630円	Mサイズ 750円 Sサイズ 650円	685円・724円・788円	640円
普通食 (おかずのみ)	×	550円	Mサイズ 600円 Sサイズ 500円	577円・616円・680円	560円
糖尿病食	750円	ごはんセット860円 おかずのみ780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
腎臓病食	750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	750円	ごはんセット950円 おかずのみ870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
やわらか食	750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	750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	750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 (たんぱく調整ごはん920円) おかずのみ820円
一口大、刻み、とろみ、 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)	十六雑穀米変更、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、とろみ、 ミキサー対応可能 (追加料金なし)

※自費利用の場合の価格は、直接  
事業者にご確認ください。

## 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

市ホーム  
ページ ▶



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 個別避難計画セルププラン	別紙 6	34 35・36	福祉企画課 福祉企画係
紙おむつ購入費助成	別紙 7	37・38	高齢介護支援課 介護保険係
配食サービス助成	別紙 8	39・40	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	41・42	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	43・44	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	45	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 歳
	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： _____)
-------------------------------

<p><b>市処理欄</b></p> <p>確認書類【 免許証 マイナンバーカード 資格確認書 手帳 】</p> <p>【 本庁 北山 上野 上井出 白糸 芝川 】</p>	<p>担当者</p>
--	------------

補聴器を購入した日（領収書の日付）から2か月以内に申請してください。

別記様式（第4条関係）

別紙2

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			補聴器の種類				
		※100円未満切捨て			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	<p>(申請者氏名) _____ について、</p> <p>両耳の聴力レベルが40デシベル以上であること _____ を証明します。</p> <p>日常生活において補聴器を使用する必要があること _____</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関 名称 医師氏名 _____ (印)</p>							
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

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	〒	利用者との関係	
	ふりがな		連絡先	
	氏名			
	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		連絡先	
	氏名			
利用を希望する事業に○をつけ てください。	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	〒	利用者との関係	
	ふりがな		連絡先	
	氏名			
緊急連絡先	住所	〒	利用者との関係	
	ふりがな		連絡先	
	氏名			

## 【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、個人情報に関して、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・非課税 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					☎	
既往症状(病歴)						
現在の健康状態						

## 3 その他

登録ガス会社		☎	
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	
-----------	--	-----------	--





7 特記事項（おもて面の記載以外で追記が必要な場合にご記入ください）

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：		
<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が必要に応じて市が調査することに同意いたします。</p> <p>年 月 日 申請者氏名 _____</p>				

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 所 属 _____ 記入者 _____ 連絡先 _____	被保険者番号 _____ 対象者氏名 _____ 介 護 度 _____
--	--

[ ] 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事ができるか [ 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 [ 出していない ・ 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	<p>◆市民税課税世帯又は要支援1・2、認定なし</p> <p><input type="checkbox"/> 年間 5,000円 : 1,000円 × 5枚</p> <p>◆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</p> <p><input type="checkbox"/> 年間 20,000円 : 1,000円 × 20枚 (申請日 4月1日～6月30日)</p> <p><input type="checkbox"/> 年間 15,000円 : 1,000円 × 15枚 (申請日 7月1日～9月30日)</p> <p><input type="checkbox"/> 年間 10,000円 : 1,000円 × 10枚 (申請日 10月1日～3月31日)</p>
配送費 助成券	<p><input type="checkbox"/> 該当 (            枚) 高齢者のみ等の世帯のため</p> <p><input type="checkbox"/> 非該当</p>

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	〒		
	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.望月給食 3.宅配弁当とし 5. まごころ弁当	2.ライフデリ 4.宅配クック 123	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が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			



## 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 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 :			
緊 急 連 絡 先	氏 名	利用者との続柄 ( )		
	住 所	〒		
電話 ( ) -				
<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が必要に応じて市が調査することに同意いたします。</p> <p>年 月 日 利用者氏名 _____</p>				

## 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
<b>車いす常時利用</b>	<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
妊産婦	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	交付した利用証の種類	
	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受診券 <input type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車標章	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 緑	

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		

# 受診したい

●認知症の診察をしてもらいたいとき まずは、**かかりつけの医師**に相談をします。

かかりつけの医療機関がある

かかりつけの医療機関がない



地域包括支援センターに相談

地域包括支援センターに相談



## 認知症の相談ができる医療機関

令和8年1月1日現在

### 富士圏域の認知症疾患医療センター

【認知症疾患医療センターとは】 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。

東静岡神経センター (富士宮市西小泉町14-9)		鷹岡病院 (富士市天間1585)	
☎ 0544-23-1801 月～金8:30～17:30 土は12:30まで 【休診日】 第5土曜日・祝日・年末年始 お盆・開院記念日(4/16)	【予約・診察】  電話で予約 認知症診察日:月～金	☎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】  電話で予約 来院相談:月～金 鑑別診断(診察):要相談

### 富士宮市の認知症サポート医がいる医療機関

認知症の人の診察に習熟し、かかりつけ医等への助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師です。認知症の人やその家族が安心して生活できるような体制づくりを地域において、推進しています。

医療機関名	住所	電話 (市外局番0544)	画像検査			予約について
			CT	MRI	他に依頼	
東静岡神経センター	富士宮市西小泉町14-9	23-1801	○	○		電話にて
さとうクリニック	富士宮市中央町12-3	28-1188	○	○		不要
永松医院	富士宮市東町26-8	26-3070	○			不要
富士宮中央クリニック	富士宮市宮原88-6	22-6675	○			不要
富士宮市立病院	富士宮市錦町3-1	27-3151		○		入院中・外来通院中の患者のみ
フジヤマ病院	富士宮市原683-1	54-1211	○			電話にて
南富士病院	富士宮市宮原348-1	26-5197	○			電話にて
ヒロスマイルクリニック	富士宮市万野原新田3923-2	22-0211			○	電話にて
富士心身リハビリテーション研究所附属病院	富士宮市星山1129	26-8101			○	電話にて
富士脳障害研究所附属病院	富士宮市杉田270-12	23-5155	○	○		不要

# 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?」「これからの生活について相談にのってほしい。」など、不安に思ったら、まず相談をしましょう。一歩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、次のページを参考に、お住まいの地区の**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)

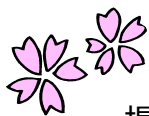


## 同じような経験をしている仲間に相談したい 話を聞いてほしい

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など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 毎月第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。

家族会で認知症カフェもやっています♪  
認知症カフェ さくらカフェ

毎月第4火曜日 10:00~11:30  
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。

# 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】

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。

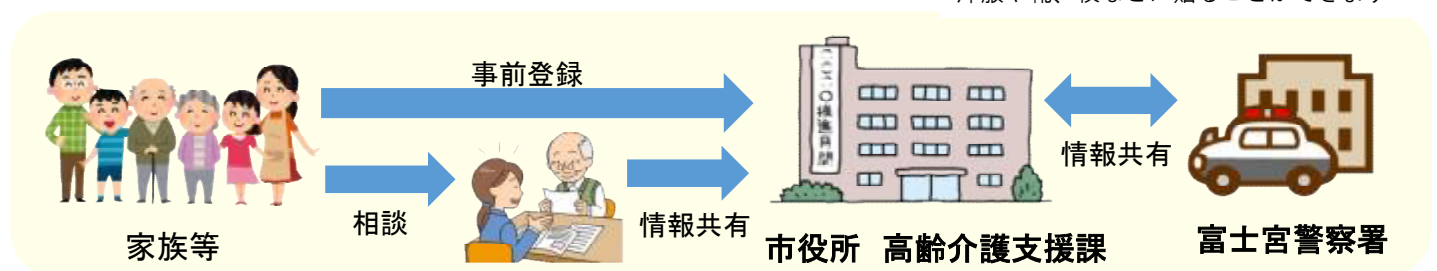
※事前登録情報は、高齢介護支援課、富士宮警察署で共有します。

※事前登録をされた方にお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。



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鞆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。ふとした瞬間に道がわからなくなったり、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、困っていそうであれば声を掛け、そうでなければ見守りを！**

① 様子を見る → 困っていなさそう → 見守る



困っている？  
様子がおかしい？

② 声掛け

いつもより不安や混乱を招きやすい状態になっているかも知れません。相手の視野に入るところから「こんにちは。どうしましたか？」など、自然な声掛けをお願いします。

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。



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。

【問い合わせ】 富士宮市役所 高齢介護支援課 ☎0544-22-1591

# \*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8年4月1日現在では42クラブ、会員数1,784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  
・文化祭の実施(舞台部門・展示部門・文化講演会)  
・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。

## \*どの地区の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のクラブに加入していただきます。(※ご相談ください)

## \*ため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

# 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

## 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