

伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱

(目的)

第1条 この要綱は、障害者が生活のために利用する自動車の運行に伴う燃料費用（揮発油及び軽油。以下「燃料費」という。）を助成することにより、障害者の生活の利便を助長し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(資格要件)

第2条 燃料費の助成を受けることができる者は、住民基本台帳に登録され市内に居住している者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 自己の所有する自動車を自ら運転する者で、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条第4項に規定する身体障害者手帳を所持し、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号に規定する1級、2級又は3級に該当するもの

(2) 次のいずれかに該当する者であつて、当該障害者又は当該障害者と同一住所の家族（以下「介護者」という。）が所有する自動車を専ら当該障害者のために運転する介護者がいるもの

ア 法第15条第4項に規定する身体障害者手帳を所持する者で、省令別表第5号に規定する1級又は2級に該当するもの

イ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第12条に規定する児童相談所又は知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第12条に規定する知的障害者更生相談所において知能指数が35以下と判定された者又は療育手帳A1若しくはA2の交付を受けている者

2 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、助成の対象としない。

(1) 伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用助成要綱（昭和59年伊勢原市告示第9号）に基づき利用券の交付決定を受けている者

(2) 伊勢原市在宅重度要介護者等タクシー利用助成事業実施要綱（令和7年伊勢原市告示第135号）に基づき利用券の交付決定を受けている者

(3) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第2項第1号から第6号までに規定する施設に入所している者

(4) 社会福祉法第2条第3項第4号の2に規定する福祉ホームに入所している者

(5) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条第2項に規定する指定発達支援医療機関に入院している者

(助成金の額等)

第3条 助成金の額は、使用した燃料1リットル当たり50円を乗じて得た額とする。

2 助成の対象とする燃料は、1か月当たり45リットルを上限とする。ただし、血液透析療法のための通院をしている者は、1か月当たり65リットルを上限とする。

3 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めるときは、1か月当たりの上限を超えて助成することができる。

(資格の認定)

第4条 燃料費の助成を受けようとする者は、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格認定申請書（第1号様式）により市長に申請し、資格の認定を受けなければならない。

2 血液透析療法のための通院をし、燃料費の助成を受けようとする者は、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格認定申請書に特定疾病療養受療証又は当該医療機関が発行した血液透析療法を受けていることが確認できる書類を添えて市長に申請し、資格の認定を受けなければならない。

(資格の決定)

第5条 市長は、前条の申請書を受理したときは資格要件を審査し、受給資格を決定したときは申請者に対し、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格認定証（第2号様式。以下「認定証」という。）を交付するものとする。

(受給資格の発生)

第6条 受給資格は、第4条の認定を申請した日の属する月分から発生する。

(助成金の請求)

第7条 第5条の規定による認定を受けた者（以下「受給資格者」という。）で、助成金の支払を受けようとする者は、毎月15日までに前月分の燃料使用について伊勢原市障害者自動車燃料費助成金請求書（第3号様式）に認定証及び領収書を添付して市長に請求しなければならない。ただし、特別の事情により各月毎の請求が困難な者にあつては、前12か月分までを請求することができるものとする。

(助成金の支払)

第8条 市長は、前条の請求があつたときは、内容を審査し、速やかに助成金を支払うものとする。

(現況届の提出)

第9条 受給資格者は、毎年8月末日までに伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給者現況届（第4号様式。以下「現況届」という。）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、現況届を受理したときは内容を審査し、第2条に規定する受給資格に変更がある者には認定証を交付し、受給資格を辞退する者並びに第2条に規定する要件に該当しなくなったと認めた者には伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格喪失通知書（第5号様式）により通知するものとする。

3 市長は、現況届の提出を行わない者については、やむを得ない理由がある場合を除き、受給資格を辞退するものとみなし、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格喪失通知書によりその者に通知するものとする。

(受給資格の消滅)

第10条 受給資格は、第2条に規定する要件を喪失した日の属する月をもって消滅する。

(助成金の返還)

第11条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金を受けた者があるときは、当該助成金をその者から返還させることができる。

(届出義務)

第12条 受給資格者が次の各号のいずれかに該当するときは、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給者変更届（第6号様式。以下「変更届」という。）により速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

(1) 住所を変更したとき。

(2) 氏名を変更したとき。

- (3) 使用自動車を変更したとき。
 - (4) 介護者を変更したとき。
 - (5) 助成金の支払いを受ける銀行、預金の種類、預金番号または口座名義人氏名を変更したとき。
 - (6) 第2条に規定する資格要件が変更になったとき。
 - (7) 血液透析療法のための通院を開始又は終了したとき。
 - (8) 市外へ転出したとき。
 - (9) 死亡したとき。
 - (10) 自動車を使用しなくなったとき。
- 2 市長は、変更届を受理したときは内容を審査し、受給資格を変更決定したときは受給資格者に対し、認定証を交付するものとする。
 - 3 市長は、変更届の内容を審査し、受給資格者が第2条に規定する要件に該当しなくなったと認めるときは伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格喪失通知書により、受給資格者に通知するものとする。ただし、受給資格者が死亡した場合は、この限りではない。

(委任)

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

附 則

この要綱は、昭和55年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、昭和56年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、昭和57年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

附 則

この告示は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成27年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この告示の施行の前においても、必要な準備行為を行うことができる。

附 則 (平成31年3月28日告示第39号)

(施行期日)

1 この告示は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前の伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱に定める様式による申請書等は、改正後の伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱に定める様式による申請書等とみなす。

附 則 (令和3年2月2日告示第12号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (令和8年3月2日告示第37号)

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格認定申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号
FAX番号

伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱第4条の規定により資格認定を受けたいので申請します。

対象者	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	障害の程度		手帳番号	第 号	
介護者	氏名			続柄	
	住所				
所有者	氏名			続柄	
	住所				
自動車の主たる用途					
振込先	銀行・信用組合 金庫・農協		支店・支所 営業所		
	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ		
	口座番号		名義人		
添付書類	<input type="checkbox"/> 車検証の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・療育）の写し				
血液透析添付書	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証（又は医療機関発行書類）の写し				
同意書					
<p>私申請者は、本申請の認定に当たり伊勢原市が、私及び世帯員に関する情報の確認と調査を行うこと及び私の障害者手帳の情報について確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>					

第2号様式（第5条関係）

住 所
氏 名 様

伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格認定証

認 定 第 号
年 月 日

伊勢原市長



年 月 日付けで申請（変更）のあった伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格について、次のとおり認定します。

氏 名				
住 所				
登録車両		車 種	登録番号	
所有者	氏 名	続 柄		
	住 所			
介護者	氏 名	続 柄		
	住 所			
指定口座				
血液透析				

年 月 日

伊勢原市長 殿

受給資格者 住 所

氏 名

電話番号

F A X番号

伊勢原市障害者自動車燃料費助成金請求書

伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱第7条の規定により次のとおり請求します。

請求額 円（ 月分）

使用量 リットル

注意 請求時には、認定証を提示し、購入時の領収書を必ず添付してください。

（市使用欄）

使用量（A） リットル	限度量（B） リットル	認定量（C） （A又はBの少ない量）	助成額 C×50円	
	<input type="checkbox"/> 45リットル <input type="checkbox"/> 65リットル（透析） <input type="checkbox"/> リットル			
確認年月日			確認印	

第4号様式（第9条関係）

住所
氏名 様

伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給者現況届

伊勢原市長 殿

年 月 日

伊勢原市障害者自動車燃料費助成について、

- 資格の認定状況に変更はありません。
- 資格の認定状況に変更があります。
- 今後助成金の請求をしないため、受給資格を辞退します。

※今後助成金の交付を受ける場合は、再度申請し、認定を受ける必要があります。

現在の認定状況 ※変更がある場合は、赤で修正してください。

- 1 受給資格者氏名
- 2 受給資格者住所
- 3 登録車両
- 4 登録番号
- 5 所有者氏名 (続柄)
- 6 所有者住所
- 7 介護者氏名 (続柄)
- ※身体障害者手帳1・2級、療育手帳A1・A2のみ。
- 8 介護者住所
- 9 指定口座
- 10 血液透析治療の有無

【添付書類】

- 車検証の写し
- 運転免許証の写し
- 血液透析確認書類（特定疾病療養受領証又は医療機関発行書類）の写し

同意書
私受給資格者は、本現況届の提出に当たり伊勢原市が、私及び世帯員に関する情報の確認と調査を行うこと及び私の障害者手帳の情報について確認することに同意します。

氏名 _____

(連絡先 _____)

伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格喪失通知書

住 所

氏 名

伊勢原市長



次のとおり、伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給資格を喪失しましたので通知します。

- 1 受給資格が喪失した者の氏名
- 2 受給資格が喪失した年月日 年 月 日
- 3 受給資格が喪失した理由

（事務担当は、 ）

第6号様式（第12条関係）

伊勢原市障害者自動車燃料費助成受給者変更届

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所
受給資格者
氏 名

伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱第12条の規定により、次のとおり変更が生じたので届け出ます。

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 使用自動車の変更 <input type="checkbox"/> 介護者の変更 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 血液透析治療の変更 <input type="checkbox"/> 市外へ転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 自動車を使用しなくなった		
変更事項発生年月日	年	月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 車検証の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・療育）の写し <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証（又は医療機関発行書類）の写し	