

## 令和5年度「車椅子等購入助成事業」実施要項

### 1 目 的

車椅子や歩行訓練用品等、必要とする方々に車椅子等の購入を助成することにより、肢体不自由児の福祉の増進を図ることを目的とする。

### 2 助成額

**1施設あたり5万円以内（1施設1台限り）※6施設程度を予定（車椅子等の本体購入費）**

※送料及び振込手数料等は各施設でご負担ください。

### 3 助成対象者

車椅子を必要とする施設や学校、障害者の支援団体、NPO法人等  
※公立の学校及び施設は対象外となりますので、ご注意ください。

### 4 助成対象となる車椅子等

肢体不自由児（原則18歳未満）またはその所属先で使用する車椅子等

- （1）子ども用車椅子
- （2）スポーツ用車椅子（チャレンジ用または競技用等すべて可）
- （3）バギー
- （4）歩行器等歩行の補助や訓練に使用するもの

### 5 優先順位

- （1）車椅子等の必要の度合いが高いと思われる施設
- （2）多くの肢体不自由児が利用している施設
- （3）幼児・子ども用車椅子等を希望する施設
- （4）過去に購入助成実績が無い、またはあっても近年でない施設

### 6 交付方法

交付決定後、車椅子等を購入して頂き、領収書やレシート（コピー可）を提出して頂いたあと、現金書留または施設名義の口座が開設されている場合は振込にて送金する。

### 7 申請方法及び提出期限

別紙の所定の欄に記入押印の上、令和5年8月31日（木）必着にて本協会宛に提出する。（必要記載事項が全て記入押印されていれば独自の様式で提出可。本協会ホームページから様式ダウンロード可）

また、購入を希望する車椅子等のカタログのコピー等があれば添付すること。

なお、購入後に車椅子を使用している写真を提出して頂けると幸いです。（お顔の判別が出来る写真は不要のため、後ろ姿などで撮影ください。

可能であれば本協会ホームページに掲載させて頂く予定です）

### 8 申請及びお問い合わせ先

〒950-8570

新潟市中央区新光町4-1

新潟県福祉保健部障害福祉課内

公益財団法人新潟県肢体不自由児協会（担当：馬場）

TEL：025-284-0130、FAX：025-250-0117

E-mail：sinsikyou@r3.dion.ne.jp