

## 6 手当、年金等

### 特別児童扶養手当(20歳未満)



家庭で監護している障がいのある児童(20歳未満)の父母又は養育者に対して支給されます。

| 対象者  |                                                                                           | 支給月額    | 支給日                              |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------|
| 1級   | ・身体障害者手帳 おおむね1級、2級<br>・療育手帳 おおむねA~Aの2                                                     | 58,450円 | 4月、8月、11月の11日<br>(支給月前4か月分を口座振込) |
| 2級   | ・身体障害者手帳 おおむね3級<br>・療育手帳 おおむねBの1<br>(療育手帳Bの2、診断書により該当の可能性あり)<br>・精神障がい、内部疾患などで常時介護を必要とする方 | 38,930円 |                                  |
| 必要書類 | ① 認定請求書 ② 手当用診断書(省略できる場合有) ③ 身体障害者手帳又は療育手帳<br>④ 戸籍謄本 ⑤ 受給者(世帯最多所得者)名義の通帳 ⑥ マイナンバーカード      |         |                                  |
| その他  | ・受給者、配偶者、扶養義務者の所得制限あり ・施設入所者は対象外<br>・手帳がなくても申請可 ・「障害児福祉手当」との併給可 ・申請日の翌月分の手当から支給           |         |                                  |
| 窓口   | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                        |         |                                  |

### 障害児福祉手当(20歳未満)



在宅で日常生活に常時の介護を要する重度の障がい児に対して支給されます。

| 対象者                                                          |                                                                                                          | 支給月額    | 支給日                                 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|
| ・身体障害者手帳 おおむね1級<br>・療育手帳 おおむねA<br>・重度の精神障がい、肝臓疾患、血液疾患などを有する方 |                                                                                                          | 16,560円 | 5月、8月、11月、2月の10日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| 必要書類                                                         | ① 認定請求書 ② 手当用診断書(省略できる場合有) ③ 身体障害者手帳又は療育手帳<br>④ 障がい児名義の通帳 ⑤ マイナンバーカード                                    |         |                                     |
| その他                                                          | ・受給者、配偶者、扶養義務者の所得制限あり ・施設入所者は対象外<br>・手帳がなくても申請可 ・「特別児童扶養手当」との併給可<br>・「心身障がい児童福祉手当」との併給不可 ・申請日の翌月分の手当から支給 |         |                                     |
| 窓口                                                           | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                                       |         |                                     |

### 心身障がい児童福祉手当(20歳未満)



障がいのある20歳未満の児童を育てている保護者に支給されます。

| 対象者                                       |                                                                    | 支給月額   | 支給日                                 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| ・身体障害者手帳 1級~4級<br>・療育手帳 A・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2 |                                                                    | 4,500円 | 7月、10月、1月、4月の20日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| 必要書類                                      | ① 申請書 ② 身体障害者手帳又は療育手帳 ③ 保護者名義の通帳                                   |        |                                     |
| その他                                       | ・施設入所者は対象外 ・申請日の翌月分の手当から支給<br>・「障害児福祉手当」との併給不可 ・「特別児童扶養手当」との併給可    |        |                                     |
| 窓口                                        | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) |        |                                     |

## 特別障害者手当(20歳以上) 国



在宅での日常生活に常時の介護を要する重度の障がい重複している方に対して、その障がいによる精神的又は肉体的な負担の一部を補てんすることを目的として支給されます。

| 対象者                                                                                                                                                                              | 支給月額                                                                                                                                                                                                                         | 支給月                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度の障がい(おおむね1級)を重複している方</li> <li>・療育手帳 ④の1で常時特別の介護を必要とする方</li> <li>・重度の精神障がい、肝臓疾患、血液疾患などを有する方</li> </ul> ※対象者本人が在宅(短期入所・通所を含む)であることが要件です。 | 30,450 円                                                                                                                                                                                                                     | 5月、8月、11月、2月の10日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                                                                                                                                      | ① 認定請求書 ② 手当用診断書(省略できる場合有) ③ 身体障害者手帳又は療育手帳<br>④ 本人名義の通帳 ⑤年金証書の写しまたは振込通知書 ⑥マイナンバーカード                                                                                                                                          |                                     |
| <b>その他</b>                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・受給者、配偶者、扶養義務者の所得制限あり</li> <li>・手当受給後、3か月以上入院や施設入所となった場合は資格喪失</li> <li>・手帳がなくても申請可</li> <li>・申請日の翌月分の手当から支給</li> <li>・「重度身体障がい者福祉手当」、「ねたきり身体障がい者介護手当」、「重度知的障がい者介護手当」との併給不可</li> </ul> |                                     |
| <b>窓口</b>                                                                                                                                                                        | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                                                                                                                                                           |                                     |

## ねたきり身体障がい者介護手当(20歳以上) 市



在宅で6か月以上臥床し、介護を要する状態にある20歳以上65歳未満の方を介護している方に対して支給されます。

| 対象者                                                                                               | 支給月額                                                                                                                         | 支給日                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳</li> </ul> おおむね6か月以上自宅で寝たきりで、日常生活に常時介護を要する65歳未満の方 | 12,650 円                                                                                                                     | 7月、10月、1月、4月の20日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                                                       | ① 申請書 ② 身体障害者手帳 ③介護者名義の通帳                                                                                                    |                                     |
| <b>その他</b>                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設入所者、介護保険サービスの利用者は対象外</li> <li>・「特別障害者手当」との併給不可</li> <li>・申請日の翌月分の手当から支給</li> </ul> |                                     |
| <b>窓口</b>                                                                                         | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                                                           |                                     |

## 重度身体障がい者福祉手当(20歳以上) 市



20歳以上の重度身体障がい者本人に対して支給されます。

| 対象者                                                              | 支給月額                                                                                                                                                       | 支給日                                 |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳 1級、2級</li> </ul> | 5,500 円                                                                                                                                                    | 7月、10月、1月、4月の20日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                      | ①申請書 ②身体障害者手帳 ③本人名義の通帳 ④年金証書の写しまたは振込通知書                                                                                                                    |                                     |
| <b>その他</b>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設(特別養護老人ホームなど)の入所者は対象外</li> <li>・障害を事由とする年金の受給者は対象外</li> <li>・「特別障害者手当」との併給不可</li> <li>・申請日の翌月分の手当から支給</li> </ul> |                                     |
| <b>窓口</b>                                                        | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                                                                                         |                                     |

|               |
|---------------|
| 目次            |
| 1 制度一覧        |
| 2 障害者手帳       |
| 3 障害福祉サービス    |
| 4 補装具         |
| 5 日常生活用具      |
| 6 手当・年金等      |
| 7 医療          |
| 8 税金、公共料金     |
| 9 交通機関(自動車)   |
| 10 日常生活支援     |
| 11 障がい別支援(視覚) |
| 12 障がい別支援(聴覚) |
| 13 就労支援       |
| 14 選挙         |
| 15 相談         |
| 16 施設         |
| 17 関係機関       |
| 18 ショッピング     |
| 19 マナーバ       |
| 1 関連          |

## 重度知的障がい者介護手当 市

知

在宅で常時介護を必要とする20歳以上の重度の障がい者を介護している介護者に支給される手当です。

| 対象者                     | 支給月額                                                               | 支給日                                 |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ・療育手帳 ①、①の1、①の2、Aの1、Aの2 | 12,650 円                                                           | 7月、10月、1月、4月の20日<br>(支給月前3か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>             | ①申請書 ②療育手帳 ③介護者名義の通帳 ④印鑑                                           |                                     |
| <b>その他</b>              | ・施設入所者、介護保険サービスの利用者は対象外<br>・「特別障害者手当」との併給不可 ・申請日の翌月分の手当から支給        |                                     |
| <b>窓口</b>               | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) |                                     |

## 障害年金 国

身 知 精 難

公的年金(国民年金、厚生年金等)に加入中の方、以前加入していた65歳未満の方が、病気やけがで一定の障がい程度となった時に支給されます。20歳未満の方は20歳に達したときから支給されます。

| 対象者                                                                                                                      | 支給年額                                                                                                                                                                                  | 支給月                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ・障害基礎年金…国民年金加入中又は20歳前に障がいの原因となる傷病の初診日がある方<br>・障害厚生年金…厚生年金加入中に障がいの原因となる傷病の初診日がある方<br>※被保険者の資格を喪失したあとも、60～65歳未満に初診日がある方は対象 | 〈障害基礎年金の額〉 R8年4月現在<br>年額 1級 1,059,125 円<br>※1,056,125 円<br>2級 847,300 円<br>※844,900 円<br>子の 第1・2子 243,800 円<br>加算 第3子以降 81,300 円<br>〈障害年金生活者支援給付金の額〉<br>年額 1級 84,300 円<br>2級 67,440 円 | 4月,6月,8月<br>10月,12月,2月<br>(2か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                                                                              | 下記窓口へお問い合わせください                                                                                                                                                                       |                                       |
| <b>その他</b>                                                                                                               | ・障がいの原因となった病気やけがの初診日が20歳以降の場合、保険料の納付要件があります。<br>※ご相談の前に下記1～3をご確認ください。<br>①初診日(初めて医師等の診療を受けた日) ②初診の病院名 ③請求する傷病名。<br>・支給年額にある※の金額は、昭和31年4月1日以前に生まれの方になります。                              |                                       |
| <b>窓口</b>                                                                                                                | ・障害基礎年金…鎌ヶ谷市保険年金課(市役所1階) 電話 047-445-1209 FAX 047-445-1400<br>・障害厚生年金…市川年金事務所 電話 047-704-1177 FAX 047-704-1188<br>〒272-8577 市川市市川 1-3-18 京成市川ビル3階                                      |                                       |

## 特別障害給付金 国

身 知 精

国民年金の任意加入期間に任意加入していなかったことにより障害基礎年金等を受給できない方に支給されます。

| 対象者                                                                                                                                            | 支給月額                                          | 支給月                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| ①昭和61年3月以前に国民年金任意加入対象であった被用者(厚生年金、共済組合等の加入者)の配偶者<br>②平成3年3月以前に国民年金の任意加入対象であった学生<br>※①②ともに、任意加入していなかった期間内に初診日があり、65歳に達する前日までに障害基礎年金の1・2級の状態にある方 | R8年4月現在<br>1級 58,650円<br>2級 46,920円           | 4月、6月、8月、<br>10月、12月、2月<br>(2か月分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                                                                                                    | 下記窓口へお問い合わせください                               |                                        |
| <b>窓 口</b>                                                                                                                                     | 保険年金課(市役所1階) 電話 047-445-1209 FAX 047-445-1400 |                                        |

## 心身障害者扶養年金 県

身 知 精

障がい者を扶養している方が、その生存中一定の掛金を拠出し、万一のことがあった場合、後に残された心身障がい者に終身一定の年金を給付します。

| 対象者                                                                                            | 掛金額                                                                | 給付月額                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 次のいずれかの方を扶養している県内在住の65歳未満の保護者<br>①身体障害者手帳1～3級所持者<br>②知的障がいのある方<br>③精神又は身体に①又は②と同程度の永続的な障がいのある方 | 加入時の保護者の年齢で掛金が決まります。2口まで加入可。<br>(1口 9,300円～23,300円)                | 1口 20,000円<br>2口 40,000円 |
| <b>必要書類</b>                                                                                    | ① 申込書 ② 告知書 ③ 障害証明書 ④ 住民票の写し(加入者及び障がい者分)                           |                          |
| <b>窓 口</b>                                                                                     | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) |                          |

## 難病患者援助金 市

難

指定難病等で治療中の方に、援助金が支給されます。

| 対象者                                                                                       | 支給月額                                                               | 支給日                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 次のいずれかの受給者証を交付されている方<br>(1)「特定医療費(指定難病)受給者証」<br>(2)「千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証」<br>(3)「特定疾患医療受給者証」 | 通院・入院(1日以上)<br>5,000円<br>入院(15日以上)<br>10,000円<br>(生活保護受給者は4,000円)  | 5月、11月の末日<br>(半期分または1年分を口座振込) |
| <b>必要書類</b>                                                                               | ① 申請書 ② 難病に関する受給者証の写し                                              |                               |
| <b>その他</b>                                                                                | 通院や入院があった月分のみ支給されます。                                               |                               |
| <b>窓 口</b>                                                                                | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) |                               |

## 福祉定期預金制度

|            |                                                                                      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>内 容</b> | 年金証書や特別児童扶養手当等の証書を金融機関の窓口に表示することにより、1年もの市場金利連動型定期預貯金で通常より優遇された利率(約上乗せ金利0.1%)が適用されます。 |
| <b>窓 口</b> | 各金融機関 ※取り扱いのない金融機関もあります。                                                             |

|            |
|------------|
| 目次         |
| 1 制度一覽     |
| 2 障害者手帳    |
| 3 障害福祉サービス |
| 4 補装具      |
| 5 日常生活用具   |
| 6 手当・年金等   |
| 7 医療       |
| 8 税金、公共料金  |
| 9 交通機関     |
| 10 日常生活支援  |
| 11 障がい別支援  |
| 12 障がい別支援  |
| 13 就労支援    |
| 14 選挙      |
| 15 相談      |
| 16 施設      |
| 17 関係機関    |
| 18 ショッピング  |
| 19 マナー     |
| 19 関連      |

## 遺児手当 市

|     |                                                                                 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 両親あるいは父母のどちらかが、死亡・事故等により生死不明または災害等により労働が困難で常時介護が必要な方に対し、その児童(中学卒業まで)に対して支給されます。 |
| 窓 口 | こども支援課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1325 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)              |

## 児童扶養手当 国

|     |                                                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 父または母が重度身体障がい者の場合、その児童(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者。ただし、一定の障がいがある場合は20歳未満の者。)を監護している母親または父親に対して支給されます。(所得制限あり、公的年金等とうの併給制限あり) |
| 窓 口 | こども支援課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1325 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用)                                                           |