

2 手当等

【問合せ先】社会福祉課

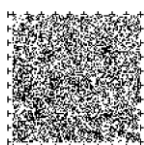
TEL 0476-93-4192

FAX 0476-93-2422

《障害児》

手当の名称	対象者・要件	支給月額	支給月
障害児福祉手当 (国)	重度の障害を有するため、日常生活で常時介護を要する20歳未満の在宅障害児 * 施設等に入所又は障害を事由とする公的年金を受けていないこと * 所得制限あり	16,100 円	5 月 8 月 11 月 2 月
特別児童扶養手当 (国)	政令で定める程度の障害のある児童を監護している父母又は養育者 * 施設等に入所又は障害を事由とする公的年金を受けていないこと * 所得制限あり	1 級 56,800 円 2 級 37,830 円	4 月 8 月 11 月
児童扶養手当 (国) ※問合せ先 子育て支援課 TEL 0476-93-4497 FAX 0476-93-2422	児童(18歳に達する日以後の3月31日までの児童又は児童に障害がある場合は、20歳になる誕生日までの児童)を養育する父又は母が国民年金の障害等級1級程度の状態にある場合 ※ 公的年金等を受給している又は、公的年金等の加算対象となっている場合、その額が児童扶養手当の額より低い方は、その差額分の手当を受給できません。	全額支給 1 人目 46,690 円 2 人目以降は1人につき11,030 円加算 一部支給 1 人目 46,680 円～11,010 円 2 人目以降は1人につき11,020 円～5,520 円加算	5 月 7 月 9 月 11 月 1 月 3 月
在宅重度心身障害者等福祉手当 (市)	身障手帳 2 級以上 療育手帳 ㊤・A を含む 精神障害者保健福祉手帳 1 級 <u>※入院等された場合、支給停止となります。必ず申し出てください。</u>	4,000 円	9 月 3 月

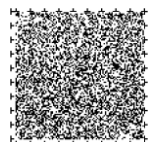
注) 手当の給付は、障害者手帳に有期や再判定日が記載されていた場合、その期間までとなりますので、手帳の更新などについては遅れることのないよう注意してください。



《障害者（成人）》

手当の名称	対象者・要件	支給月額	支給月
特 別 障 害 者 手 当 (国)	重度障害者で日常生活に常時特別の介護を必要とする方 ・身体障害者手帳 1・2 級の一部の方で、主に異なる障害が重複している方 ・療育手帳㊦ 1 の方又は㊦ 2 の方の一部の方 ・特に重度な精神障害、血液疾患、肝臓疾患等を有し、他の障害が重複している方 * 施設入所又は病院に 3 か月以上入院していないこと * 所得制限あり	29,590 円	5 月 8 月 11 月 2 月
在宅重度心身障害者 等福祉手当 (市)	身障手帳 2 級以上 療育手帳 ㊦・A を含む 精神障害者保健福祉手帳 1 級 <u>※入院等された場合、支給停止となります。必ず申し出てください。</u>	4,000 円	9 月 3 月
在宅重度知的障害者 等福祉手当 (市)	在宅で、療育手帳㊦の 1、㊦の 2、A の 1、A の 2 に該当する知的障害者で、特別障害者手当に該当しない 20 歳以上の方及び 6 か月以上寝たきりの在宅身体障害者の方で日常生活に介護を必要とし、特別障害者手当に該当しない 20 歳以上 65 歳未満の方 ※所得制限及び他手当との併給調整あり <u>※入院等された場合、支給停止となります。必ず申し出てください。</u>	10,000 円	9 月 3 月

注) 手当の給付は、障害者手帳に有期や再判定日が記載されていた場合、その期間までとなりますので、手帳の更新などについては遅れることのないよう注意してください。



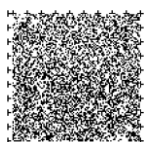
音声コード Uni-Voice

《その他》

手当の名称	対象者・要件	支給月額	支給月
難病患者等見舞金 (先天性血液凝固因子障害を含む。) (市)	難病による療養者に対し、見舞金を支給します。 * 千葉県から ・ 特定医療費（指定難病）受給者証 ・ 特定疾患医療受給者票 ・ 小児慢性特定疾患医療受給者証 ・ 先天性血液凝固因子障害等受給者証 いずれかの交付を受けている方 * 所得制限あり（受給者証等の階層区分が生活等・低Ⅰ・低Ⅱの方） * 他福祉手当等との併給調整があります。	5,000 円	7 月 1 月

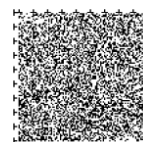
注 1) 手当受給条件に該当しなくなった場合（年齢、所得、入院、施設入所、転出、障害程度等）速やかに御連絡ください。受給条件に該当しなくなった後に支給された手当は、返納していただきます。

注 2) 手当の申請の際、医師の診断書が必要なものもありますので、あらかじめ市役所社会福祉課にお問い合わせください。

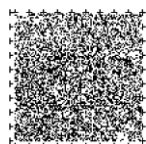


3 年金

名 称	対象者・要件	窓口
心身障害者扶養年金	心身に障害があるため、独立自活することが困難な障害者を扶養している方が、毎月一定の掛金（加入者の年齢により掛金が異なります。）を拠出し、扶養者が死亡又は一定の重度障害者と認められた場合、残された障害者の方に年金を支給します。1口加入の場合、月額2万円（年額24万円）2口まで加入できます。 加入資格 市内に居住する65歳未満で、次に掲げる障害者を扶養している方 ・身体障害者手帳1～3級 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳1・2級 ・上記と同等程度の障害があると認められる方	社 会 福 祉 課 TEL 0476-93-4192 FAX 0476-93-2422
障 害 年 金	障害のある方が次の3つの要件をすべて満たしている場合は、国民年金の障害基礎年金や厚生年金保険の障害厚生年金を受けることができます。 ・年金制度加入中に初診日があること ※ただし、初診日が20歳前又は60歳から65歳までの年金未加入期間中の方も障害基礎年金の対象となります。 ・一定の障害の状態にあること ・保険料納付要件を満たしていること 障害基礎年金の年金額は、1級障害が1,039,625円（昭和31年4月1日以前生まれの方は1,036,625円）、2級障害が831,700円（昭和31年4月1日以前生まれの方は829,300円）です。また、障害厚生年金の年金額は、厚生年金期間加入中の報酬額と加入期間で算出されます。 ※配偶者や子どもがいるときは、これらの金額に一定額が加算される場合があります。 [注意] 「障害者手帳の障害等級」と「国民年金・厚生年金保険障害等級」は、判断基準が異なるため、手帳の交付を受けても障害年金は受けられないこともあります。	国 保 年 金 課 （国民年金第1号被保険者期間中に初診日がある方） TEL 0476-93-4085 FAX 0476-92-8989 幕張年金事務所 （国民年金第3号被保険者期間中に初診日がある方） （厚生年金、共済年金加入中に初診日がある方） TEL 043-212-8621 FAX 043-273-4511



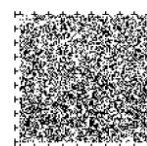
名 称	対象者・要件	窓口
特別障害給付金	国民年金の任意加入期間に加入していなかったことにより、障害基礎年金等の受給権を有していない障害者の方に対する制度です。 (対象者) ①平成3年3月以前に国民年金任意加入対象であった学生 ②昭和61年3月以前に国民年金任意加入対象であった被用者(厚生年金・共済組合等の加入者)の配偶者 ①又は②に該当する方であって、当時、任意加入していなかった期間内に初診日があり、現在、障害基礎年金1級・2級相当の障害に該当する方 ※障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金等の受給対象者は該当しません。	国 保 年 金 課 TEL 0476-93-4085 FAX 0476-92-8989



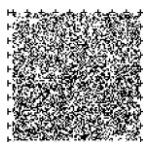
4 医療費

申請、問い合わせは各窓口まで

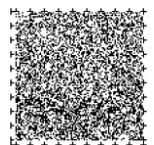
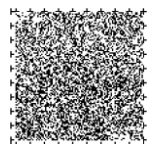
名 称	対 象 者 及 び 内 容	窓 口
重 度 心 身 障 害 者 等 医 療 費 助 成	重度心身障害者等が医療機関で診療を受けた場合の保険診療分の一部又は全部を助成します。 対象・身体障害者手帳 1・2 級 ・療育手帳㉠、㉠の 1、㉠の 2、A の 1、A の 2 ・精神保健福祉手帳 1 級 * 障害者手帳に有期や再判定日が記載されていた場合、その期間までとなります。 ※令和 2 年 8 月 1 日から精神障害者手帳 1 級も対象に追加 * 入院 1 日又は通院 1 回につき 3 0 0 円の自己負担 (市町村民税所得割非課税又は均等割のみ課税世帯は無料) * 調剤無料 * 入院時食事代は対象外 * 年齢制限あり (手帳取得時 6 5 歳以上の方は対象外) * 申請期限 2 年 * 事前に「重度心身障害者等医療費助成受給券」の交付を受け、千葉県内の医療機関等の窓口で保険証と一緒に提示することで、直接、助成が受けられます。窓口での支払は自己負担額のとおりです。 ※県外医療機関を受診した場合又は受給券を使用しなかった場合は償還払いとなります。 ※子ども医療費助成受給券、ひとり親家庭等医療費等助成受給券との二重交付はできません。	社 会 福 祉 課 TEL 0476-93-4192 FAX 0476-93-2422



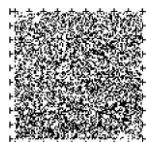
子ども医療費 助成	子どもが医療機関等で診療を受けた場合の保険診療分の一部を助成します。 * 対象者 0歳から18歳の年度末までにある児童 * 自己負担額 ・ 入院/通院 入院1日又は通院1回につき300円の自己負担 (市町村民税所得割非課税又は均等割のみ課税世帯は無料) ※ 同一月に同一医療機関への入院11日目以降及び 通院6回目以降は自己負担額が無料となります。 ・ 調剤 無料 ・ 入院時の食事代も助成対象 * 助成方法 事前に「子ども医療費助成受給券」の交付を受け、千葉県内の医療機関等の窓口へ保険証と一緒に提示することで、直接、助成が受けられます。窓口での支払は自己負担額のとおりです。 ※ 県外医療機関を受診した場合又は受給券を提示しなかった場合は償還払いとなります。 ※ ひとり親家庭等医療費等助成受給券、重度心身障害者等医療費助成受給券との二重交付はできません。	子育て支援課 TEL 0476-93-4497 FAX 0476-93-2422
----------------------	--	---



ひとり親家庭等医療費等助成	母子家庭・父子家庭等の父母等と児童が、医療機関等で保険診療を受けた場合の医療費の一部を助成します。 * 対象者 ・母子家庭・父子家庭等の児童※ 1 ・その児童を養育する父又は母 ・父母のいない児童とその養育者 ※ 1 18歳になる年度末までにある児童、基準以上の障害がある場合は20歳未満の児童 * 自己負担額 ・入院/通院 入院1日又は通院1回につき300円の自己負担 (市町村民税所得割非課税又は均等割のみ課税世帯は無料) ・調剤 無料 ・入院時の食事代も助成対象 * 助成方法 事前に「ひとり親家庭等医療費等助成受給券」の交付を受け、千葉県内の医療機関等の窓口へ保険証と一緒に提示することで、直接、助成が受けられます。窓口での支払は自己負担額のとおりです。 * 受給券を交付することができない場合 対象条件に該当しても申請者又は同居の扶養親族の所得が制限額を超えている場合は助成することができません。 ※県外医療機関を受診した場合又は受給券を提示しなかった場合は償還払いとなります。 ※子ども医療費助成受給券、重度心身障害者等医療費助成受給券との二重交付はできません。	子育て支援課 TEL 0476-93-4497 FAX 0476-93-2422
後期高齢者医療	65歳以上75歳未満で以下の手帳を取得している方は申請により、後期高齢者医療制度の被保険者となることができ、医療費の自己負担割合が1割となる場合があります。(ご本人及び世帯員の所得によります。) ※ただし、現在加入されている健康保険は脱退となり、後期高齢者医療の保険料が発生します。 ・身体障害者手帳所持者1～3級及び4級の一部の方 (音声・言語障害及び下肢1、3、4号) ・療育手帳 ㊦の1、㊦の2、Aの1、Aの2 ・精神障害者保健福祉手帳 1～2級	国保年金課 TEL 0476-93-4085 FAX 0476-92-8989
特定医療費支給認定	指定難病により都道府県から特定医療費(指定難病)受給者証の交付を受けた方は医療費を公費負担します。	印旛健康福祉センター [印旛保健所] TEL 043-483-1133 FAX 043-486-2777



特定疾患治療研究事業	千葉県から対象疾患についての特定疾患医療受給者票の交付を受けた方は医療費を公費負担します。	
小児慢性特定疾患治療研究事業	18歳未満（継続20歳未満）の児童に対して、対象疾患の治療にかかった費用を収入や状態に応じて公費により負担します。	印旛健康福祉センター [印旛保健所] TEL 043-483-1133 FAX 043-486-2777
先天性血液凝固因子障害治療研究事業	先天性血液凝固因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の方（20歳以上）に対して、医療保険の自己負担分を公費負担します。	
進行性筋萎縮症（児）の療養給付	進行性筋萎縮症に罹患している方に対して、療養に合わせて必要な訓練等を行います。 児童については、指定された国立病院で医療の給付を行います。	18歳以上の方 社会福祉課 TEL 0476-93-4192 FAX 0476-93-2422 18歳未満の方 千葉県中央児童相談所 TEL 043-253-4101 FAX 043-253-9022
未熟児養育医療	未熟児の医療費の一部を公費負担します。 ・出生時体重が2,000グラム以下、又は生活力が弱いなど未熟性が強く入院治療が必要とされる乳児 ・指定医療機関に限る	健康推進課 TEL 0476-93-4121 FAX 0476-93-2422
結核児童の療育医療	結核で長期間入院治療中の児童に対して、医療費及び療養生活に必要な日用品・学習品等費用の一部を公費負担します。	印旛健康福祉センター [印旛保健所成田支所] TEL 0476-26-7231 FAX 0476-26-4760



自立支援医療

指定の医療機関で医療を受けた場合、医療費の１割が原則として自己負担となります。
ただし、所得区分及び症状等から負担上限月額が設定される場合があります。

※ この適用を受けるには、社会福祉課へ事前申請が必要となります。

▼ 更生医療と育成医療

① 更生医療

身体に障害のある方に、日常生活能力や職業能力等を回復・獲得していただくために行う医療です。したがって、対象は永続する障害そのものであり、疾病や外傷の治癒を目的とした一般医療とは異なります。

また、適用範囲は身体障害者手帳に記載されている障害内容と因果関係があり、障害の除去又は軽減が見込まれるものに限定されます。

② 育成医療

身体に障害のある児童（満１８歳未満の者）又は放置しておくと身体に障害を残す疾患のある児童で、治療効果が期待できる児童に対して医療の給付を行います。

更生・育成医療の適用例等

障害の種類		手術等の名称
視	覚 障 害	水晶体摘出術、角膜移植術、義眼包埋術等
聴	覚 障 害	外耳道形成術、人工内耳等
音声機能、言語機能又はそしや	く 機 能 障 害	口唇形成術、口蓋形成術、歯科矯正療法等
肢 体	不 自 由	人工関節置換術、関節固定術、骨切り術等
内部機能障 害	腎 臓 機 能 障 害	人工透析、腎移植術等
	心 臓 機 能 障 害	経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス術、弁置換術、ペースメーカー植込み術等
	小 腸 の 機 能 障 害	中心静脈栄養法
	免 疫 機 能 障 害	抗ＨＩＶ療法、免疫調節療法等
	肝 臓 機 能 障 害	肝移植術、抗免疫療法等

注）例示した「手術等の名称」は一部です。



▼ 精神通院医療

精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒症又はその依存症、知的障害、精神病質、その他の精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものです。

* 精神通院医療の公費負担について

・原則として1割の自己負担となりますが、所得水準及び疾病・病状に応じて月の負担額に上限が設定されています。**有効期間は1年間**です。医療機関及び薬局は、県が指定した自立支援医療機関が対象となります。事前に申請し、認定を受ける必要があります。（更生医療・育成医療共通）

・有効期限の3か月前から更新手続きができます。診断書の提出は、2年に一度です。有効期限が過ぎた場合は、診断書の再提出が必要な場合があります。（精神通院医療のみ）

※指定自立支援医療機関

自立支援医療費の支給は、県が指定した指定自立支援医療機関（薬局を含む。）での医療（調剤）が対象となります。

【問い合わせ先】 社会福祉課

TEL 0476-93-4192

FAX 0476-93-2422

