

### 3 福祉手当等

#### (1) 福祉手当

年齢、障がいの程度により国・県・市の各制度により手当を支給します。

児 童（窓口／障がい者福祉課）※手当の申請をした月の翌月分から支給開始となります。

| 種 類           | 対 象 者   | 手当額/支給月   | 支給制限  |                                  |
|---------------|---|---|---|----------------------------------|
| 国<br>障害児福祉手当  | 心身に次のいずれかの障がいがあり、日常生活に常時特別の介護を必要とする20歳未満の児童<br>①身体障害者手帳1・2級の一部<br>②療育手帳(A)～Aの1の一部(おおむね知能指数20以下)<br>③重度の精神障がい、血液疾患、肝臓疾患等を有するもの | 月 16,100 円<br>年 4 回<br>(5,8,11,2月)  | ①施設に入所したとき<br>②障がいを事由とする公的年金の給付を受けている方<br>③本人及び配偶者・扶養義務者の所得が限度額を越える場合 |                                  |
| 市             | 重度心身障がい児福祉手当  | 障害児福祉手当に該当しない20歳未満の児童で、次のいずれかに該当するもの<br>①身体障害者手帳1・2級<br>②療育手帳(A)～Aの2<br>③療育手帳Bの1と身体障害者手帳3・4級、あるいは精神障害者保健福祉手帳3級の重複障がいのあるもの | ①施設に入所したとき<br>②障がい児の市町村民税所得割額が年額16万円以上の場合                             |                                  |
|               | 中度知的障がい児福祉手当  | 療育手帳Bの1の児童  |   | 月 7,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |
|               | 軽度知的障がい児福祉手当  | 療育手帳Bの2の児童  |   | 月 5,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |
|               | 重度精神障がい児福祉手当  | 精神障害者保健福祉手帳1級・2級の児童   |   | 月 11,500 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月) |
|               | 軽度精神障がい児福祉手当  | 精神障害者保健福祉手帳3級の児童  |   | 月 7,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |
| 国<br>特別児童扶養手当 | 次のいずれかに該当する20歳未満の児童を扶養している父母または養育者<br>①身体障害者手帳1級～3級、4級の一部<br>②療育手帳(A)～Aの2、おおむねBの1<br>③精神障がい、内部疾患などで常時介護を必要とするもの               | 月<br>1級 56,800 円<br>2級 37,830 円<br>年 3 回<br>(8,11,4月)   | ①施設に入所したとき<br>②障がいを事由とする公的年金の給付を受けている方<br>③父母又は養育者の所得が限度額を超える場合       |                                  |

成人(窓口/障がい者福祉課) ※手当の申請をした月の翌月分から支給開始となります。

| 種類 | 対象者           | 手当額/支給月  | 支給制限  |  |
|----|---------------|--|---|--|
| 国  | 特別障害者手当       | 重度障がい者で日常生活に常時特別の介護を必要とする20歳以上の方<br>①身体障害者手帳1・2級の一部の方で、主に異なる障がい重複しているもの<br>②療育手帳Aの1<br>③重度の精神障がい、血液疾患、肝臓疾患等を有し、他の重度障がい重複しているもの | 月 29,590 円<br>年 4 回<br>(5,8,11,2月)  | ①施設に入所したとき<br>②3ヶ月以上入院したとき<br>③本人及び配偶者・扶養義務者の所得が限度額を越える場合  |
|    | 経過的福祉手当       | 従来福祉手当受給者のうち特別障害者手当及び障害基礎年金のいずれも受給していない方   | 月 16,100 円<br>年 4 回<br>(5,8,11,2月)  | 同上   |
| 県  | ねたきり身体障害者福祉手当 | おおむね6ヶ月以上ねたきりの身体障がい者で、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(65歳以上の方は、市のねたきり老人等福祉手当に該当)  | 月 13,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)<br>※生活保護受給者または中国残留邦人等の支援給付受給者は上限支給月額8,000円以下同じ | ①施設に入所したとき<br>②3ヶ月以上入院したとき<br>③障がい者の市町村民税所得割額が年額16万円以上の場合<br>④成田市ねたきり高齢者福祉手当又は重度認知症高齢者介護手当※を受給されている方<br>※ねたきりや重度の認知症により日常生活に介助を要する状態が6カ月以上続いている65歳以上の方については上記手当を受けられる場合があります。詳しくは高齢者福祉課へ(Tel20-1537) |
|    | 重度知的障害者福祉手当   | 療育手帳A～Aの2で、特別障害者手当に該当しない20歳以上の方  | 月 13,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |  |
| 市  | 重度身体障がい者福祉手当  | 身体障害者手帳1・2級で、特別障害者手当及びねたきり身体障害者福祉手当に該当しない20歳以上の方   | 月 11,500 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |  |
|    | 中度知的障がい者福祉手当  | 療育手帳Bの1の方  | 月 7,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)   |  |
|    | 軽度知的障がい者福祉手当  | 療育手帳Bの2の方  | 月 5,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)   |  |
|    | 重度精神障がい者福祉手当  | 精神障害者保健福祉手帳1級・2級の方   | 月 11,500 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)  |  |
|    | 軽度精神障がい者福祉手当  | 精神障害者保健福祉手帳3級の方  | 月 7,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3月)   |  |

| 種 類                   | 対 象 者                    | 手当額/支給月   | 支給制限   |
|-----------------------|--------------------------|---|--|
| 市<br>特別障がい者<br>等介護者手当 | 介護者のいる市内居住 3 年以上の特別障がい者等 | 月 12,000 円<br>年 4 回<br>(7,10,1,4 月)<br>※生活保護受給者<br>または中国残留<br>邦人等の支援給<br>付受給者は上限<br>支給月額<br>8,000 円 | ① 同一の月に 14 日を超えて入院もしくは短期入所したとき<br>② 施設に入所したとき<br>③ 障がい者の市町村<br>村民税所得割額<br>が年額 16 万円<br>以上の場合 |

※ 県の手当は、市が県の手当額に金額の上乗せをしています。

成 人 (窓口/子育て支援課)

| 種 類         | 対 象 者  | 手当額/支給月   | 支給制限  |
|-------------|--|---|---|
| 国<br>児童扶養手当 | 父または母が重度の障がい者<br>(おおむね身体障害者手帳 1・<br>2 級程度) である児童の母も<br>しくは父、または養育者<br>①児童が 18 歳になった後の<br>最初の 3 月まで<br>②中度以上の障がいを有する<br>児童の場合は 20 歳未満まで | 全部支給<br>月 46,690 円<br>一部支給<br>月 46,680～<br>11,010 円<br>2 人目以降<br>全部支給<br>月 11,030 円<br>一部支給<br>月 11,020～<br>5,520 円<br>年 6 回<br>(奇数月)<br>R6.11.1 現在 | ①児童が児童福祉施設に入所又は里親に委託されているとき<br>②父母、養育者、又は児童が公的年金を受けることができる場合(公的年金等との差額が支給されます)<br>③父母、養育者又は扶養義務者の所得が限度額を超えている場合(所得により、支給停止又は一部支給停止があります)<br>④父母又は養育者が日本国内に住所を有しないとき |
| 市<br>遺児等手当  | 父母又は父母の一方が、重度の障がい(おおむね身体障害者手帳 1・2 級程度)を有している場合、その児童の養育者に義務教育終了まで支給   | 月 6,000 円<br>年 3 回<br>(7,11,3 月)  | ①父又は母が障がいの状況から回復したとき<br>②児童が義務教育を修了したとき<br>③父又母が成田市内に住所を有しないとき  |

## (2) 指定難病等見舞金

指定難病等による療養者に見舞金を支給します。県から交付された特定医療費（指定難病）受給者証、千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証、振込先が確認できる物及び印鑑（本人以外が申請するとき）が必要となります。申請があった月から支給開始となります。※小児慢性特定疾病医療受給者証による受給者については、対象児童が18歳に到達するまでの給付となります。

| 種 類          | 対 象 者                 | 支給制限  | 支給額/支給月                    |
|--------------|-----------------------|---|----------------------------|
| 指定難病等<br>見舞金 | 指定難病等と認定された療養者又はその保護者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・市の福祉手当を受給している方</li> <li>・治癒、転出、死亡又は施設に入所したとき</li> <li>・更新後の受給者証の提出がないとき</li> <li>・小児慢性特定疾病医療受給者証による支給を受けていた児童が18歳に到達したとき</li> </ul> | 月 5,000 円<br>年 2 回(4,10 月) |

なお、指定難病等の受給者証については保健所で申請受付・交付を行っております。詳しくは、以下までお問い合わせください。

| 印旛健康福祉センター（印旛保健所） |   |
|-------------------|---|
| 所在地               | 佐倉市鎚木仲田町8-1   |
| 電話                | 043-486-1135（疾病対策課）   |
| 受付日・時間            | 受付曜日：月～金曜日（祝日・年末年始を除く）<br>受付時間：午前9時～午後5時  |
| 主な業務              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定難病医療費助成制度の手続きに関すること。</li> <li>・難病相談に関すること。</li> </ul> |

| 印旛健康福祉センター（印旛保健所）成田支所 |  |
|-----------------------|--|
| 所在地                   | 成田市加良部3-3-1  |
| 電話                    | 0476-26-7231（代表）   |
| 受付日・時間                | 受付曜日：月～金曜日（祝日・年末年始を除く）<br>受付時間：午前9時～午後5時   |
| 主な業務                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定難病医療費助成制度の手続きに関すること。</li> <li>・難病相談に関すること。</li> </ul> <p>※支所で対応できない場合があるため、予めお問い合わせください。</p> |