

第3章 年金・手当

生活の保障として、年金・手当がありますが、年齢・障がいの程度・所得などにより受給制限があります。

年 金

1. 障害基礎年金

区 分	内 容
資 格 要 件	① 年金加入中に初診日があること ② 初診日から1年6か月を経過した日に、一定の障がいの状態であること ③ 初診日の属する月の前々月までに保険料納付済期間(保険料を免除される期間を含む)が被保険者期間の3分の2以上あること、または初診日の属する月の前々月までの1年間に保険料の滞納がないこと ※65歳以上で障がいになった方は老齢基礎年金の受給者になるため、障害基礎年金は請求できません。 ※初診日が20歳未満の方は、国民年金に加入できないため、年金未加入でも受給資格があります。
年 金 額 (平成28年度)	1級障がい 975,125円(月額 約81,260円) 2級障がい 780,100円(月額 約65,000円) ※身体障害者手帳等の等級とは、一致しません。
申 請 手 続	① 裁定請求書 ② 年金手帳 ③ 戸籍謄本 ④ 診断書 ⑤ 病歴・就労状況等申立書 ⑥ 印鑑 ⑦ 受取先金融機関の通帳(本人名義) 等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課・住民課(0247-36-4124) 郡山年金事務所(024-932-3434)

2. 障害厚生年金

区 分	内 容
資 格 要 件	厚生年金加入中に、初診日のある病気やケガにより障がい基礎年金に該当する障がいが生じたとき ※基本的には障害基礎年金と同様です。
年 金 額 (平成28年度)	厚生年金加入期間中の給与及び加入していた期間に比例して年金額が決定します。 1級・2級障がい：障害基礎年金額に障害厚生年金が上乗せされます。 3級障がい：最低保障があり、585,100円が保障されます。
申 請 手 続	①裁定請求書 ②年金手帳 ③戸籍謄本 ④診断書 ⑤病歴・就労状況等申立書 ⑥印鑑 ⑦受取先金融機関の通帳 等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123) 郡山年金事務所(024-932-3434)

※各年金の「1級」「2級」の障害程度等、詳細は直接各問い合わせ先で確認して下さい。

3. 特別障害給付金

区 分	内 容
対 象	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の配偶者であって国民年金に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・2級相当の障がいに該当する方 ※障害基礎年金や障害厚生年金、障害共済年金などを受給できる方は対象になりません。
支給の制限等	本人の所得が政令で定める額以上であるとき又は国民年金法による老齢基礎年金等を受け取ることができるときは、支給が制限される。
年 金 額 (平成28年度)	1級障がい 月額 51,450円 2級障がい 月額 41,160円
申 請 手 続	① 特別障害給付金請求書 ⑤ 特別障害給付金所得状況届 ② 年金手帳 ⑥ 在学証明書 ③ 診断書 ⑦ 戸籍謄本 ④ 病歴等申立書 ⑧ 印鑑等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123)

4. 心身障害者扶養共済制度

心身障がい者の保護者が、万一のとき（死亡又は加入後の疾病・災害による重度障がい）、後に残された心身障がい者に終身一定の年金額が支給される制度です。

区 分	内 容
加入できる保護者の要件	障がいのある方を現に扶養している保護者（父母、配偶者、兄弟姉妹、祖父母、その他の親族など）であって、次のすべての要件を満たしている方。 ① 福島県内に住所があること。 ② 年齢が65歳未満であること。（年齢は毎年4月1日時点） ③ 特別の疾病又は障がいがなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること。 ④ 障がいのある方1人に対して、加入できる保護者は1人。
障がいのある方の範囲	次のいずれかに該当する障がいのある方で、将来独立自活することが困難であると認められる方。（年齢は問いません。） ① 知的障がい ② 身体障がい…身体障害者手帳1～3級に該当する障がい ③ 精神又は身体に永続的な障がいのある方で①又は②と同程度の障がいと認められるもの。 （例）精神病、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など
掛 金 月 額	加入時の年齢で異なります。各市町村役場に問い合わせして下さい。
年 金 額 (平成27年度)	1口加入の方 月額2万円（年額 24万円） 2口加入の方 月額4万円（年額 48万円）
申 請 手 続	① 加入等申込書 ② 住民票 ③ 申込者（被保険者）告知書 ④ 心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類（身体障害者手帳・療育手帳及び年金証書等）等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123)

手 当

1. 特別障害者手当

区 分	内 容
対 象 者	20歳以上であって、身体または精神に重度の障がいをもつ方で、日常生活において常時特別の介護を必要とする方 ※障がいの程度基準については、県中保健福祉事務所障がい者支援チームまたは市町村役場までお問い合わせ下さい。
支 給 制 限	① 所得制限（手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき、または手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき） ② 施設に入所中の方 ③ 継続して3ヶ月以上入院している方
手 当 月 額	26,830円 (平成28年度)
手 当 の 支 給	2月、5月、8月、11月に3ヶ月分をまとめて支払います。 申請月の翌月分から手当が支給となります。
申 請 手 続	① 認定請求書 ② 受給資格者の戸籍謄本又は世帯全員の住民票の写し ③ 所得状況届 ④ 診断書 ⑤ 印鑑 ⑥ 金融機関の通帳写し（本人の口座）等 ⑦ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード
申 請 場 所	役場 保健福祉課
問 合 せ 先	県中保健福祉事務所 障がい者支援チーム（0248-75-7823）

2. 障害児福祉手当

区 分	内 容
対 象 者	20歳未満であって、身体または精神に重度の障がいをもつ方で、日常生活において常時介護を必要とする方
支 給 制 限	① 所得制限（手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき、または手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき） ② 施設に入所中の方 ③ 障がいを理由とする公的年金を受給している方
手 当 月 額	14,600円 (平成28年度)
手 当 の 支 給	2月、5月、8月、11月に3ヶ月分をまとめて支払います。 申請月の翌月分から手当が支給となります。
申 請 手 続	① 認定請求書 ② 受給資格者の戸籍謄本又は世帯全員の住民票の写し ③ 所得状況届 ④ 診断書 ⑤ 印鑑 ⑥ 金融機関の通帳写し（本人の口座）等 ⑦ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード
申 請 場 所	役場 保健福祉課
問 合 せ 先	県中保健福祉事務所 障がい者支援チーム（0248-75-7823）

3. 特別児童扶養手当

区 分	内 容
対 象 者	20歳未満で、一定の障がいの状態にある児童を監護している父母（主として児童の生計を維持するいずれか一人）または父母にかわって児童を養育する人に支給されます。 ※ただし、次のいずれかに該当するときは、手当は受けられません。 ① 手当を受けようとする人又は児童が日本に住んでいないとき ② 児童が児童福祉施設（母子生活支援施設、保育所、通園施設を除く）に入所しているとき ③ 児童が障がいを支給事由とする公的年金を受けることができるとき
所 得 制 限	手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき 手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額あるとき
手 当 月 額	1級 51,500円 2級 34,300円 (平成28年度)
手 当 の 支 給	4月、8月、11月に4ヶ月分をまとめて支払います。
申 請 手 続	①認定請求書 ②戸籍謄本 ③世帯全員の住民票 ④診断書（省略できる場合があります） ⑤印鑑 ⑥金融機関の通帳写し 等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123)

4. 児童扶養手当 ※対象者の欄には、障がいに関する内容のみを記載しています。

区 分	内 容
対 象 者	父母の離婚などにより、ひとり親となった家庭の父又は母に支給する制度『父または母が重度の障害である児童』も支給要件となります。 ※ただし、次のいずれかに該当するときは、手当は受けられません。 ① 手当を受けようとする人又は児童が日本に住んでいないとき ① 児童が児童福祉施設などや里親に委託されているとき 平成26年12月より年金額が児童扶養手当より低い方は、その差額分の児童扶養手当を受給できるようになりました（児童扶養手当を受給するためには、申請が必要です）。
所 得 制 限	手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき 手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額あるとき
手 当 月 額	① 児童1人の場合 ・全部支給 42,330円 ・一部支給 9,990円～42,320円（収入に応じて） ② 児童2人の場合 ・①の額に5,000円～最大10,000円を加算 ③ 児童3人以上の場合 ・1人につき3,000円～最大6,000円加算 (平成28年度)
手 当 の 支 給	4月、8月、12月に4ヶ月分をまとめて支払います。
申 請 手 続	①認定請求書 ②戸籍謄本、住民票写し ③診断書（省略できる場合があります） ④印鑑 ⑤金融機関の通帳写し 等
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123)