

4 年金・手当

1 障害基礎年金

支 給 対 象	① 初診日が国民年金加入期間である方。 もしくは初診日が20歳前または60歳以上65歳未満(年金制度に加入していない期間で日本に住んでいる間)の方 ※老齢基礎年金を繰り上げて受給している方は請求できない場合があります。
	②初診日の前日において一定の保険料を納め(または免除され)ている方 ※20歳前に初診日がある場合を除きます。
	③障がい認定日に状態が障がい等級表の1、2級にあてはまる方 ※身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の等級とは異なります。
問い合わせ先	医療保険課 国民年金担当 24-8060 小松年金事務所 24-1791

2 障害厚生年金

支 給 対 象	①初診日に厚生年金に加入している方
	②一定の保険料を納め(または免除され)ている方
	③障がい認定日に状態が障がい等級表の1～3級にあてはまる方 ※身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の等級とは異なります。
問い合わせ先	小松年金事務所 24-1791

*****用語の説明*****

- ・ 初 診 日 : 障がいの原因となった傷病について、初めて医師等の診察を受けた日。
- ・ 障がい認定日 : 障がいの程度の認定を行う日のことで、原則、初診日から1年6か月経過した日。

3 特別障害者手当

著しい重度の障がいのため、日常生活において常時特別の介護を必要とする在宅の方に支給されます。

対 象 者	20歳以上で、障がい程度が認定基準に該当する方 (例) 表1の1～7の項目が2つ以上あること ※診断書に基づき審査を行うため、障害者手帳をお持ちでない要介護4、5の方などでも対象になることがあります。
支 給 額	月額 28,840円 (令和6年4月1日現在)
支 給 月	2, 5, 8, 11月
申請手続きに必要な書類	①認定請求書 ②認定診断書 ※所定の様式 (障がいの種別により異なります。) ※身体障害者手帳 又は 療育手帳 又は 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの場合は、省略できる場合もあります。 ③請求者本人の年金番号・年金種類・年金受給額がわかるもの ④マイナンバー ⑤請求者本人名義の預金口座のわかるもの
対象とならない方	・施設に入所している方 ・病院に3か月を超えて継続して入院している方
備 考	所得制限あり マイナンバーが必要な手続きには、本人確認書類が必要です。
問い合わせ先 ふれあい福祉課 福祉総合担当 24-8052	

表1

1	両眼の視力の和が0.04以下のもの
2	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
3	両上肢の機能に著しい障がいをもつもの、または両上肢の全ての指を欠くもの。若しくは両上肢の全ての指の機能に著しい障がいをもつもの
4	両下肢の機能に著しい障がいをもつものまたは両下肢を足関節以上で欠くもの
5	体幹の機能に座っていることができない程度または立ち上がることができない程度の障がいをもつもの
6	前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障がいまたは長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
7	精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

4 障害児福祉手当

重度の障がいのため、日常生活において常時の介護を必要とする在宅の障がい児に支給されます。

対 象 者	20歳未満で、障がい程度が表2に該当する方
支 給 額	月額 15,690円（令和6年4月1日現在）
支 給 月	2, 5, 8, 11月
申請手続きに必要な書類	①認定請求書 ②認定診断書 ※所定の様式（障がいの種別により異なります。） ※身体障害者手帳 又は 療育手帳 又は 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの場合は、省略できる場合もあります。 ③マイナンバー ④本人名義の預金口座のわかるもの
対象とならない方	・障がいを理由とする年金を受給している方 ・施設に入所している方
備 考	所得制限あり マイナンバーが必要な手続きには、本人確認書類が必要です。
問い合わせ先 ふれあい福祉課 福祉総合担当 24-8052	

表2

1	両眼の視力の和が0.02以下のもの
2	両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの
3	両上肢の機能に著しい障がいを有するもの
4	両上肢の全ての指を欠くもの
5	両下肢の用を全く廃したもの
6	両大腿を2分の1以上失ったもの
7	体幹の機能に座っていることができない程度の障がいを有するもの
8	前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障がいまたは長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
9	精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
10	身体の機能の障がい若しくは病状または精神の障がい重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

5 特別児童扶養手当

障がいをもつ20歳未満の児童を扶養している方に支給されます。手帳の所有の有無は問いません。

対 象 児	①身体障害者手帳 1～3級（4級の一部） ②療育手帳 AおよびBの一部 ③ ①②と同程度の障がいをもつ児童
支 給 額	月額 1級 55,350円 2級 36,860円（令和6年4月1日現在） ※1,2級は手帳等級とは異なります。
支 給 月	4, 8, 12月
申請手続きに必要な書類	①認定請求書 ②認定診断書 ※所定の様式（障がいの種別により異なります。） ※身体障害者手帳又は療育手帳をお持ちの場合は、省略できる場合もあります。 ③戸籍謄本 ※受給資格者と対象児童のもの ④振込口座申出書 ※請求者本人名義のもの（事前に金融機関にて証明が必要です） ⑤マイナンバー
対象とならない方	・障がいを理由とする年金を受給している方 ・施設に入所している方
備 考	所得制限あり マイナンバーが必要な手続きには、本人確認書類が必要です。
問い合わせ先 ふれあい福祉課 福祉総合担当 24-8052	

6 児童扶養手当

父母が離婚または父（母）が死亡あるいは重度の障がいの場合、18歳に達する日以後最初の3月31日までの児童又は20歳未満で政令で定める障がいのある児童を養育している父または母に手当が支給されます。

対象とならない場合	①日本国内に住所がないとき ②児童が児童福祉施設に入所または里親に委託されているとき ③父または母の配偶者に養育されているとき（重度の障がいがあるときは除く）
備 考	所得制限あり
問い合わせ先 子育て支援課 24-8057	

7 ジェット機騒音福祉手当

ジェット機騒音のため方向感覚を失い、行動に支障をきたす重度の視覚障がい者（児）に対し、福祉手当を支給します。

対 象 者	1級の視覚障がい者（児）
支 給 額	年額 14,000円
支 給 月	10月
対象とならない方	施設に入所している方 10月1日時点で、本市に住所を有している期間が6か月未満の方
問い合わせ先 ふれあい福祉課 福祉総合担当 24-8052	

8 心身障害者扶養共済制度

心身障がい者（児）を扶養している保護者が加入して掛金を納めることにより、保護者（加入者）が死亡または重度障がいになったとき、障がい者（児）に生涯、一定額の年金が支給されます。

対 象 者	下記の障がい者を扶養している、加入時の年度（4月1日から翌年3月31日まで）の4月1日時点の年齢が満65歳未満の健康な方 ①身体障害者手帳1～3級 ②療育手帳所持者 ③精神または身体に永続的な障がいのある方で、その障がいの程度が ①または②の者と同程度と認められる方																		
掛 金 額	<table><tr><td>保護者の年齢（加入時）</td><td>掛金月額（一口あたり）</td></tr><tr><td>35歳未満の方</td><td>9,300円</td></tr><tr><td>35歳以上40歳未満の方</td><td>11,400円</td></tr><tr><td>40歳以上45歳未満の方</td><td>14,300円</td></tr><tr><td>45歳以上50歳未満の方</td><td>17,300円</td></tr><tr><td>50歳以上55歳未満の方</td><td>18,800円</td></tr><tr><td>55歳以上60歳未満の方</td><td>20,700円</td></tr><tr><td>60歳以上65歳未満の方</td><td>23,300円</td></tr></table> （令和6年4月1日現在）			保護者の年齢（加入時）	掛金月額（一口あたり）	35歳未満の方	9,300円	35歳以上40歳未満の方	11,400円	40歳以上45歳未満の方	14,300円	45歳以上50歳未満の方	17,300円	50歳以上55歳未満の方	18,800円	55歳以上60歳未満の方	20,700円	60歳以上65歳未満の方	23,300円
保護者の年齢（加入時）	掛金月額（一口あたり）																		
35歳未満の方	9,300円																		
35歳以上40歳未満の方	11,400円																		
40歳以上45歳未満の方	14,300円																		
45歳以上50歳未満の方	17,300円																		
50歳以上55歳未満の方	18,800円																		
55歳以上60歳未満の方	20,700円																		
60歳以上65歳未満の方	23,300円																		
年 金 額	月額 一口加入者 20,000円 二口加入者 40,000円																		
備 考	・掛金は税金控除の対象になります。 ・一口目掛金に対して下記のとおり一部助成があります。 <table><tr><td></td><td>世帯区分</td><td>補助率</td></tr><tr><td rowspan="3">石川県</td><td>生活保護世帯</td><td>100%</td></tr><tr><td>住民税非課税世帯</td><td>50%</td></tr><tr><td>住民税課税のうち均等割のみ課税世帯</td><td>30%</td></tr><tr><td>小松市</td><td>全世帯</td><td>30%</td></tr></table> （令和6年4月1日現在）				世帯区分	補助率	石川県	生活保護世帯	100%	住民税非課税世帯	50%	住民税課税のうち均等割のみ課税世帯	30%	小松市	全世帯	30%			
	世帯区分	補助率																	
石川県	生活保護世帯	100%																	
	住民税非課税世帯	50%																	
	住民税課税のうち均等割のみ課税世帯	30%																	
小松市	全世帯	30%																	
問い合わせ先 ふれあい福祉課 福祉総合担当 24-8052																			