

3 手当

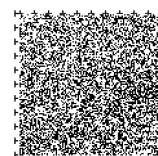
3-1 成人向け手当



(申請書類を受理した翌月から支給対象)

手 当 名	対 象 者	対象外になる方	支給内容
(国手当) 特別障害者 手当	在宅の20歳以上の方で、2つ以上の障がい重複、または重度の障がいの状態にあるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする方。 ※指定診断書等を提出していただき、審査を行います。	- 施設に入所している方 - 病院などに3ヶ月を超えて入院している方 - 本人及び配偶者、扶養義務者の所得が限度額を超えている方	(月額) 29,590円 (支給月) 5月、8月、 11月、2月 ※各月10日に 前3ヶ月分を支給
(市手当) 市川市重度 障がい者 福祉手当	市川市に居住し、住民基本台帳法に基づく記録をされている20歳以上の障がい者で、次の1～3のいずれかに該当する方 1. 身体障害者手帳1級の方 2. 療育手帳〔㊦の1の方 ㊦の2の方〕 3. 精神障害者保健福祉手帳1級の方	- 介護保険の認定を受けた方（介護保険サービスを全く利用していない場合は、介護保険の認定を取消すことで手当を受給できる場合があります） - 施設に入所している方 - 特別障害者手当（国）を受給している方 - 本人及び配偶者、扶養義務者の所得が限度額を超えている方	(月額) 7,000円 (支給月) 4月、7月、 10月、1月 ※各月15日に 前3ヶ月分を支給
(市手当) 市川市 ねたきり 身体 障がい者等 介護手当	20歳以上でいずれかの障がいがある方の介護をしている方 1. 在宅の身体障害者手帳1級の方で、6ヶ月以上寝たきりの状態にある65歳未満の方 2. 在宅の療育手帳㊦の1、㊦の2の方	- 介護保険の認定を受けた方（介護保険サービスを全く利用していない場合等においては、介護保険の認定を取消すことで手当を受給できる場合があります） - 施設に入所している方 - 本人及び配偶者、扶養義務者の所得が限度額を超えている方	(月額) 10,000円 (支給月) 4月、7月、 10月、1月 ※各月15日に 前3ヶ月分を支給
窓 口	障がい者支援課（給付グループ）		

※施設：特別養護老人ホーム（短期利用を除く）等の施設。なお、有料老人ホーム、グループホーム等、施設扱いとならないケースもございますので、詳細は担当までお問い合わせください。

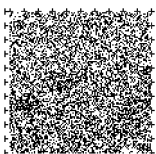


3-2 児童向け手当



(申請書類を受理した翌月から支給対象)

手 当 名	対 象 者	対象外になる方	支給内容
(国手当) 障害児 福祉手当	20歳未満の方で、重度の障がい の状態にあるため、日常生活にお いて常時の介護を必要とする方。 ※指定診断書等を提出していただ き、審査を行います。	・施設に入所している方 ・児童が障がいを理由と する公的年金の受給者 ・本人及び配偶者、扶養 義務者の所得が限度額 を超えている方	(月額) 16,100円 (支給月) 5月、8月、 11月、2月 ※各月10日に前 3ヶ月分を支給
(市手当) 市川市心身 障がい児 福祉手当	20歳未満の障がい児で以下の 1～3に該当する方を監護して いる保護者の方 1. 身体障害者手帳1級～4級 の方(重複・併給の場合は1 級～2級) 2. 療育手帳④～Bの1の方 3. 精神障害者保健福祉手帳 1級～2級の方 ※単独(1～3のうち1つ) 重複(1～3のうち2つ) 併給(1～3のうち2つかつ 障害児福祉手当を受給してい る方)	・障害児福祉手当(国) を受給している方 (併給を除く) ・施設に入所している方 ・児童が障がいを理由と する公的年金の受給者 ・父母または養育者の方 の所得が限度額を超え ている方	(月額) 単独 8,000円 重複 12,000円 併給 4,000円 (支給月) 4月、7月、 10月、1月 ※各月15日に前 3ヶ月分を支給
(国手当) 特別児童 扶養手当	重度または中程度の障がいの状態 にある児童(20歳未満)の父母 または養育者。 (障がいの例: 身体の外障がい [身体障害者手帳おおむね1級か ら3級]、知的障がい[療育手帳 ④からおおむねBの1]、身体 の内部障がい、機能の障がい又は 病状が上記と同程度、精神の障が いが上記と同程度、障がいの重複 により状態が上記と同程度)。 ※指定診断書等を提出していただ き、審査を行います。	・施設に入所している方 ・児童が障がいを理由と する公的年金の受給者 ・父母または養育者の方 の所得が限度額を超え ている方	(月額) <u>1級</u> 56,800円 <u>2級</u> 37,830円 (支給月) 4月(12～3月分) 8月(4～7月分) 11月(8～11月分) ※各月11日に前 4ヶ月分を支給
窓 口	障がい者支援課(給付グループ)		



3-3 難病患者等福祉手当

内 容	難病患者の方や家族の方の経済的な負担の軽減を図り、福祉の向上のため、福祉手当を支給します。
対 象 者	- 千葉県特定医療費（指定難病）受給者証、千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証、千葉県特定疾患医療受給者証をお持ちの方 20歳未満で唇顎口蓋裂の方 ※所得制限あり、他の福祉手当との重複受給制限あり。
支 給 額	月額 3,000円（支給月：5月・11月の15日に支給）
必要なもの	- 申請書（市ホームページでダウンロード可） - 上記受給者証の写し（疾病名・有効期限が記載されている部分） ※受給者証等の申請手続きについては、市川保健所（市川健康福祉センター）TEL：047-377-1102へお問い合わせください。 20歳未満で唇顎口蓋裂の方は医師の診断書 - 振込先の銀行口座が確認できるもの（通帳等）※本人名義のもの
窓 口	障がい者支援課（給付グループ） 行徳支所 福祉課（申請書の提出のみ）

オンライン申請はこちら↓↓↓



<https://logoform.jp/form/cGft/596004>

※20歳未満で唇顎口蓋裂の方は医師の診断書の原本が必要なためオンライン申請はできません。窓口での申請をお願いいたします。

※端末や OS、アップデートの状況によってご利用にならない場合があります。その際には窓口での申請をお願いいたします。

