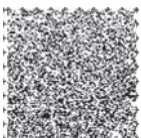


3 手当・年金

下記手当の申請窓口 **障害者福祉課相談係（新宿区役所2階）**
 TEL（5273）4518 FAX（3209）3441

3
 手当・年金

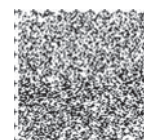
手当の種類	対 象
3-1 心身障害者福祉手当 (区の制度)	<p>次の1～6のいずれかに該当する方。</p> <p>1. 身体障害者手帳1～3級の方 2. 愛の手帳1～4度の方</p> <p>3. 精神障害者保健福祉手帳1級の方 4. 脳性まひ、進行性筋萎縮症の方</p> <p>5. 区指定難病の方（対象疾病についてはお問い合わせください）</p> <p>6. 戦傷病者手帳 特別項症～2項症の方</p> <p>※ただし、次の方は対象外です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記1～6の対象となった時の年齢が65歳以上の方 ・上記1～6の対象となった時の年齢が65歳未満であるが、65歳までに申請を行わなかった方（新宿区の規則で定める事由により申請を行わなかった方を除きます） ・施設に入所している方（※1） ・本人（20歳未満は扶養義務者）の所得が一定以上の方 ・同一の障害児に対し、3-6（児童育成手当の障害手当）と同時に受給することはできません。
3-2 重度心身障害者手当 (都の制度)	<p>次の1～3のいずれかに該当する、常時複雑な介護を要する方。 （東京都心身障害者福祉センターでの受給可否判定が必要です）</p> <p>1. 重度の知的障害者で常時特別な介護が必要な方</p> <p>2. 重度の知的障害と重度の身体障害が重複している方</p> <p>3. 重度の肢体不自由で、両上肢と両下肢の機能が失われ、かつ、座位保持が困難な方</p> <p>※ただし、次の方は対象外です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規申込者で65歳以上の方 ・本人（20歳未満は扶養義務者）の所得が一定以上の方 ・施設に入所中の方（※2） ・病院等に3ヶ月を超えて入院中の方
3-3 特別障害者手当 (国の制度)	<p>20歳以上で、身体または精神に著しい障害があるため、日常生活に常時特別な介護が必要な在宅の方。障害程度の目安は次の1～3のとおりです（障害者手帳をお持ちでなくても、ご申請いただけます）</p> <p>1. 身体障害者手帳おおむね1～2級 2. 愛の手帳おおむね1～2度</p> <p>3. 上記1, 2と同程度の疾病、精神障害の方</p> <p>※ただし、次の方は対象外です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、配偶者および扶養義務者の所得が一定以上の方 ・施設に入所中の方（※2） ・病院等に3ヶ月を超えて入院中の方
3-4 障害児福祉手当 (国の制度)	<p>20歳未満で、身体または精神に著しい障害があるため、日常生活に常時特別な介護が必要な在宅の方。障害程度の目安は次の1～3のとおりです（障害者手帳をお持ちでなくても、ご申請いただけます）</p> <p>1. 身体障害者手帳おおむね1～2級 2. 愛の手帳おおむね1～2度</p> <p>3. 上記1, 2と同程度の疾病、精神障害の方 （3歳未満の乳幼児については、原則症状が固定してから申請してください）</p> <p>※ただし、次の方は対象外です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、配偶者及び扶養義務者の所得が一定以上の方 ・施設に入所中の方（※1） ・障害を理由とする公的年金等を受給している方



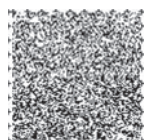
所得制限等については、P.29の所得制限基準額表もご参考のうえ、詳しくはお問合せください。

手 当 額	申 請 に 必 要 な も の
<p>月額 15,500円 身体障害者手帳3級、愛の手帳4度の方は月額 7,750円</p> <p>申請の当月分から、2月、5月、8月、11月の各月20日頃に本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～③を持って事前にご申請ください。</p> <p>① 身体障害者手帳、愛の手帳または精神障害者保健福祉手帳 難病の方は特定医療費（指定難病）受給者証または （都）医療券等 脳性まひ、進行性筋萎縮症で手帳のない方は、医師の診断書 戦傷病者の方は戦傷病者手帳</p> <p>②本人の預金通帳 ③マイナンバー（個人番号）のわかる書類</p>
<p>月額 60,000円</p> <p>申請の当月分から、毎月20日頃に前月分を、預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～③を持って事前にご申請ください。</p> <p>① 印鑑（自署の場合は不要） ② 身体障害者手帳または愛の手帳（お持ちの方のみ） ③ マイナンバー（個人番号）のわかる書類</p>
<p>月額 27,980円</p> <p>申請の翌月分から、2月、5月、8月、11月の各月2日頃に本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～⑥を持って事前にご申請ください。</p> <p>① 所定の診断書 ② 戸籍抄本 ③ 本人の預金通帳 ④ 年金証書（年金受給している方のみ） ⑤ 身体障害者手帳または愛の手帳（お持ちの方のみ） ⑥ マイナンバー（個人番号）のわかる書類</p>
<p>月額 15,220円</p> <p>申請の翌月分から、2月、5月、8月、11月の各月2日頃に本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～⑤を持って事前にご申請ください。</p> <p>① 所定の診断書 ② 戸籍抄本 ③ 本人の預金通帳 ④ 身体障害者手帳または愛の手帳（お持ちの方のみ） ⑤ マイナンバー（個人番号）のわかる書類</p>

- ※1 グループホームや有料老人ホーム等、対象外の施設に含まれないものがあります。
 ※2 グループホームや有料老人ホーム等、対象外の施設に含まれないものがあります。
 なお、老人保健施設への入所は入院扱いとなります。

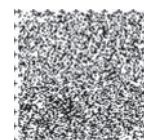


手当の種類	対 象
3-5 児童育成手当の 育成手当 （都の制度）	次の1～6のいずれかに該当する、18歳に達する日以後最初の 3月31日までの間にある児童を養育する父・母または養育者。 1. 父母が離婚 2. 父または母が死亡、あるいは生死不明 3. 父または母が重度の障害を有する 4. 父または母が1年以上遺棄・拘禁 5. 父または母が裁判所からのDV保護命令を受けた 6. 婚姻によらない出生（父子家庭の場合は母、母子家庭の場合は父の扶 養がある場合を除きます） ※ただし、次の方は対象外です。 ・ 請求者、配偶者（上記3の場合）の所得が一定以上ある方 ・ 児童が児童福祉施設等に入所しているとき ・ 児童が父母と生計を同じくしているとき（上記3の場合を除く） ・ 児童が母（父子家庭の場合は父）の配偶者と生計を同じくしているとき
3-6 児童育成手当の 障害手当 （都の制度）	次の1～3のいずれかに該当する、20歳未満の児童を養育する父・母ま たは養育者。 1. 身体障害者手帳1～2級程度の方 2. 愛の手帳1～3度程度の方 3. 脳性まひ、進行性筋萎縮症の方 ※ただし、次の方は対象外です。 ・ 請求者、配偶者の所得が一定以上ある方 ・ 児童が児童福祉施設等に入所しているとき
3-7 特別児童扶養手当 （国の制度）	次の1～3のいずれかに該当する20歳未満の児童を養育する父・母ま たは養育者。 1. 身体障害者手帳 1～3級程度の方 2. 愛の手帳 1～3度程度の方 3. 日常生活に著しい制限を受ける程度の疾病・精神障害で病状が上記1・ 2と同程度の方 ※ただし、次の方は対象外です。 ・ 請求者、配偶者及び扶養義務者の所得が一定以上ある方 ・ 対象児童が児童福祉施設等に入所している方 ・ 対象児童が障害を理由とする年金を受けている方
3-8 児童扶養手当 （国の制度）	次の1～6のいずれかに該当する、18歳に達する日以後最初の 3月31日まで（中度以上の障害を有するときは20歳未満）の児童を 養育する父・母または養育者。 1. 父母が離婚 2. 父または母が死亡、あるいは生死不明 3. 父または母が重度の障害を有する 4. 父または母が1年以上遺棄・拘禁 5. 父または母が裁判所からのDV保護命令を受けた 6. 婚姻によらない出生（父子家庭の場合は母、母子家庭の場合は 父の扶養がある場合を除きます） ※ただし、次の方は対象外です。 ・ 請求者、配偶者（上記3の場合）及び扶養義務者の所得が一定 以上ある方 ・ 児童が児童福祉施設等に入所しているとき ・ 児童が父母と生計を同じくしているとき（上記3の場合を除く） ・ 児童が母（父子家庭の場合は父）の配偶者と生計を同じくしているとき



所得制限等については、P. 29の所得制限基準額表もご参考のうえ、詳しくはお問合せください。

手 当 額	申 請 に 必 要 な も の
<p>児童一人につき、月額 13,500円</p> <p>申請の翌月分から、 2月、6月、10月の各月10日頃に請求者本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～④を持ってご申請ください。</p> <p>① 請求者及び児童の戸籍謄本 ② 請求者本人の普通預金通帳・キャッシュカード ③ 父または母に障害のある方は、身体障害者手帳または診断書 ④ 個人番号及び本人確認できるもの ・個人番号確認できるもの：請求者、児童及び配偶者 ・本人確認できるもの：請求者 (詳しくはお問合せください)</p>
<p>児童一人につき、月額 15,500円</p> <p>申請の翌月分から、 2月、6月、10月の各月10日頃に請求者本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～③を持ってご申請ください。</p> <p>① 身体障害者手帳・愛の手帳又は診断書 ② 請求者本人の普通預金通帳・キャッシュカード ③ 個人番号及び本人確認できるもの ・個人番号確認できるもの：請求者、児童及び配偶者 ・本人確認できるもの：請求者 (詳しくはお問合せください)</p>
<p>障害児一人につき、 1級の場合は月額53,700円 2級の場合は月額35,760円 障害の程度に応じて決まります ※令和5年4月1日現在</p> <p>請求の翌月分から、 4月、8月、12月の各月11日頃に請求者本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～④を持ってご申請ください。</p> <p>① 請求者および児童の戸籍謄本 ② 所定の診断書または身体障害者手帳・愛の手帳 ③ 請求者本人の普通預金通帳 ④ 個人番号及び本人確認できるもの ・個人番号確認できるもの：請求者、児童、配偶者及び扶養義務者 ・本人確認できるもの：請求者 (詳しくはお問合せください)</p>
<p>児童一人の場合 月額10,410円～44,140円 児童が二人以上の場合、 第2子につき5,210円～10,420円 第3子以降につき3,130円～6,250円 ※令和5年4月1日現在 (支給額は、所得により決定します。)</p> <p>請求の翌月分から、 1月、3月、5月、7月、9月、11月の各月10日頃に請求者本人の預金口座等に振り込みます。</p>	<p>次の①～④を持ってご申請ください。</p> <p>① 請求者および児童の戸籍謄本 ② 所定の診断書または身体障害者手帳 ③ 請求者本人の普通預金通帳・キャッシュカード ④ 個人番号及び本人確認できるもの ・個人番号確認できるもの：請求者、児童、配偶者及び扶養義務者 ・本人確認できるもの：請求者 (詳しくはお問合せください)</p>



3 - 9 国民年金の障害基礎年金

《 制度の内容 》

1級は 990,750円（生年月日が昭和31年4月1日以前の方）、993,750円（生年月日が昭和31年4月2日以降の方）の年金額が支給されます。

2級は 792,600円（生年月日が昭和31年4月1日以前の方）、795,000円（生年月日が昭和31年4月2日以降の方）の年金額が支給されます。

（18歳未満の子がいるときは、加算があります）

この年金の等級は、身体障害者手帳等の等級とは異なります。

《 対象 》

次の①または②に該当するときに受給できます。

①障害の原因となる病気、けがの初診日の時点において、国民年金の被保険者である方、または国民年金の被保険者であった方（60歳以上65歳未満）が、一定程度の障害の状態になったとき（保険料納付要件があります）

②20歳前に初診日のある病気やけがにより、20歳以後、一定程度の障害の状態にあるとき（本人の所得制限等があります。P.29の所得制限基準額表をご覧ください）

※ただし、65歳以上の方や他の年金を受給している方は、受給できない場合があります。

《 申請方法 》

次の①②を持って、医療保険年金課窓口で事前にご相談ください。

①基礎年金番号通知書または年金手帳

②身体障害者手帳、愛の手帳または精神障害者保健福祉手帳（手帳をお持ちのとき）

※窓口に来た方の本人確認を行っています。詳しくは、お問い合わせください。

《 支給方法 》 偶数月に預金口座に振込

◆問合せ先 医療保険年金課 年金係（新宿区役所4階）

TEL（5273）4338 FAX（3209）1436

3 - 10 障害厚生年金・障害手当金

《 制度の内容 》

厚生年金保険加入者が病気やけがにより障害が残ったとき、その程度に応じて支給される年金です。年金額は障害の状態等により異なります。

※なお、障害手当金とは、障害年金と同じ趣旨で、障害程度が軽い場合に支給される一時金です。

《 対象 》

次の①～③の全てに該当している方

①障害の原因となった病気やけがの初診日に厚生年金保険に加入していたこと。

②病気やけがが治った（症状が固定した）とき、また、治らずに初診日から1年半を過ぎたとき（障害手当金は5年以内に治ったとき）に障害等級に定める障害が残っているか、またはその後障害が重くなって障害等級に該当していること。

③国民年金の障害基礎年金を受けられる保険料納付要件を満たしていること。

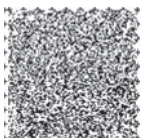
《 申請方法 》

お近くの年金事務所（初診日時点で共済組合等に加入していた方は当該共済組合等）の窓口で相談してください。

◆問合せ先 日本年金機構新宿年金事務所

新宿区新宿5-9-2 ヒューリック新宿五丁目ビル3階

TEL（3354）5048（代表） FAX（6278）9320



3-1-1 自動車事故による重度後遺障害者への介護料支給

《 対象 》

自動車による交通事故が原因で、「脳」、「脊髄」又は「胸腹部臓器」に重度の後遺障害が残り、日常生活において「常時」又は「随時」の介護が必要な方。

《 制度の内容 》

●支給額

受給資格ごとに次の範囲内で、月額で支給されます。

特Ⅰ種（最重度）：85,310円～211,530円

Ⅰ種（常時要介護）：72,990円～166,950円

Ⅱ種（随時要介護）：36,500円～83,480円

●短期入院・入所費用の助成

受給資格の認定を受けた方が、治療等を受けるため病院・施設に短期間の入院・入所をした場合に介護料とは別に支給します。

年間45万円以内（年間45日以内）の範囲内で支給します。

◆問合せ先 独立行政法人自動車事故対策機構（NASVA：ナスバ） 東京主管支所援護担当
墨田区錦糸1-2-1 アルカセントラルビル8階
TEL（3621）9941 FAX（3621）9944

3-1-2 脳性まひのお子様とご家族のための産科医療補償制度

《 制度の内容 》

お産に関連して重度脳性まひとなり、所定の要件を満たした場合に、お子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性まひ発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に役立つ情報を提供するなどにより、産科医療の質の向上などを図ることを目的とした制度です。

《 補償申請の期間 》

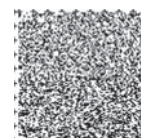
お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。

※生後6ヶ月未満で亡くなられた場合は補償対象となりません。

詳細については、（公財）日本医療機能評価機構の産科医療補償制度ホームページ

（<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>）を参照いただくか、お産した分娩機関または下記専用コールセンターにお問合せ下さい。

◆問合せ先 産科医療補償制度専用コールセンター
TEL 0120-330-637
受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日・年末年始除く）



3 - 1 3 特別永住者等重度障害者特別給付金（区の制度）

《 制度の内容 》

国民年金制度上、障害基礎年金等を受けることができない特別永住者の方に対し、月額30,000円が新宿区から支給されます。

《 対象 》

障害基礎年金等の受給資格を有さない特別永住者等の方で、以下のすべての要件に該当する方

- ①特別永住者（特別永住者であった方で、帰化した方を含む）
 - ②身体障害者手帳1、2級または愛の手帳1、2度または精神障害者保健福祉手帳1、2級の方
 - ③1982年（昭和57年）1月1日前に満20歳に達した方で、1982年1月1日時点で日本国内で外国人登録をしていた方
 - ④1982年（昭和57年）1月1日前に重度障害者になった方、または同1982年1月1日以後に重度障害者となったが、障害発生原因となる傷病の初診日が満20歳以降で、1982年1月1日前に受診した方
 - ⑤公的年金（年額48万円以上）を受給していない方
 - ⑥生活保護法に基づく保護を受けていない方
 - ⑦前年の所得が基準以下の方 基準額（本人所得）3,604,000円
- ※扶養親族がある場合は一定の金額を加算します。

《 申請方法 》

次の①～③を持って、障害者福祉課窓口で事前にご申請ください。

- ①身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳
- ②本人の預金通帳
- ③マイナンバー（個人番号）のわかる書類

◆問合せ先 障害者福祉課 経理係（新宿区役所2階）

TEL（5273）4520 FAX（3209）3441

3 - 1 4 原爆被爆者見舞金（区の制度）

《 制度の内容 》 見舞金10,000円（年1回）が新宿区から支給されます。

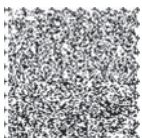
《 対象 》 被爆者健康手帳の交付を受け、8月1日現在区内に住所のある方

《 支給方法 》 10月に口座振込の方法で支給します。

制度の詳細、申請方法についてはお問い合わせください。

◆問合せ先 障害者福祉課 経理係（新宿区役所2階）

TEL（5273）4520 FAX（3209）3441



3 - 1 5 東京都心身障害者扶養共済制度

《 制度の概要 》

この制度は、障害者を扶養している保護者の方々の相互扶助の精神に基づいた、任意加入の制度です。保護者が生存中に毎月一定の掛金を納めることにより、保護者が死亡または重度障害と認められたときは、障害者に終身一定額の年金を支給する制度です。

《 加入者 》

次のいずれかに該当する心身障害者の保護者の方

①知的障害者

②身体障害者手帳1～3級

③精神または身体に永続的障害があり、その程度が①または②と同程度の方（精神疾患、脳性まひ、自閉症、進行性筋萎縮症、血友病など）

※上記①～③の要件に該当していても、心身障害者に年間4,621,000円を超える所得がある場合は、この制度に加入することはできません。（所得とは、年間総収入額から給与所得控除や必要経費を差し引いた後の額です。）

《 加入要件 》

加入者の方が、次のすべての要件を満たす必要があります。

- ・東京都内に住所があること
- ・加入年度の初日（4月1日）の年齢が65歳未満であること
- ・特別な疾病や障害がなく、保険契約の対象となる健康状態であること

《 掛金及び加入口数 》

加入者の加入時年齢に応じて、月9,300円～23,300円（減額制度あり）。加入口数は障害者1人につき、2口まで。

《 掛金の納付期間 》

次の要件を両方とも満たした以後の加入月から、掛金は納める必要はありません。

- ・年度初日（4月1日）の加入者の年齢が65歳となったとき
- ・加入期間が20年以上となったとき

《 支給内容 》

加入者が死亡、または重度障害と認められた月から、加入1口あたり月額20,000円の支給。

◆問合せ先 障害者福祉課 相談係（新宿区役所2階）

TEL（5273）4518 FAX（3209）3441

