

# 福祉手当・助成 のご案内

障害者(児)やひとり親家庭、ひとり暮らしまたは寝たきりの高齢者に関する福祉制度の中から、手当や助成などについて主なものをご案内します。

手 当				
種 類	対象となる人	手当の月額	支給月	窓口
特別障害者手当	20歳以上で精神(知的)または身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を要する在宅の人	26,620円	2・5 8・11	福祉係 1階 番
障害児福祉手当	20歳未満で精神(知的)または身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を要する在宅の人	14,480円	2・5 8・11	
特別児童扶養手当	精神(知的)または身体に一定の障害がある20歳未満の児童を養育している人	児童数、障害の等級によって異なります。 例：児童1人の場合 ・1級 51,100円 ・2級 34,030円	4・8 11	福祉係 2階 番
児童扶養手当	離婚、未婚、死亡などで父がいない家庭、または父に一定の障害がある家庭で18歳未満(18歳に達した日の属する年度末まで)の児童を養育している母(または養育している人)父の死亡により公的年金を受給できる人は対象になりません。	児童数、所得によって異なります。 例：児童1人の場合 ・全部支給 42,000円 ・一部支給 9,910円～41,990円	4・8 12	
遺児手当	保護者が死亡した18歳未満の児童を養育している人	児童1人につき 2,000円	7・11 3	福祉係 1階 番
交通遺児特別交付金	保護者が交通事故により死亡した18歳未満の児童を養育している人	児童1人につき 1,000円	9・3	

助 成			
種 類	対象となる人	助成内容	窓口
重度心身障害者医療費助成	身体障害者手帳1～3級の人、または療育手帳「A」の人	県：医療保険における自己負担額を助成 市：一部負担額を助成	福祉係 1階 番
更生医療の給付	18歳以上で身体障害者手帳を所持する人(障害を軽くしたり改善するための手術などを指定医療機関で受ける場合)	医療保険における自己負担額を助成	
育成医療の給付	18歳未満で身体に障害がある児童(障害を軽くしたり改善するための手術などを指定医療機関で受ける場合)		福祉係 2階 番
ひとり親家庭等医療費助成	・母子家庭の母と児童 ・父子家庭の父と児童 ・父母のいない家庭の養育者と児童 児童とは、18歳に達した日の属する年度末までにある人	医療保険における自己負担額を助成(老人保健法の一部負担金に準拠した金額)	
老人医療費助成	65歳～70歳で、次のいずれかに該当する人 ・常時、ひとり暮らしの状態にある人 ・3カ月以上にわたって寝たきり状態にある人 いずれも、助成期間は老人保健法医療と同等の給付を受けるまで、または老人保健法医療の対象となるまで。ただし所得制限あり。		保険 給付係 1階 番

制度によっては所得や障害内容に応じて、利用に制限がある場合や費用負担があります。また、今後制度が改正される場合もありますので、改正があり次第お知らせします。まずは事前にお問い合わせください。

## お問い合わせ

福祉健康課 福祉係(1階 番窓口、内線145・147) 児童係(2階 番窓口、内線264・254) 保険年金課 保険給付係(1階 番窓口、内線134)

## 胃がん検診受診票

フリガナ			性別	1.男 2.女
姓 名	姓	名	職業 (職種)	
生年月日	明・大・昭	年 月 日生( 歳)	初診 以前に受診した年度の数字を で囲んでください。	11 12 13 14 15 16
フリガナ				
住 所	新津市		検診 再診	11 12 13 14 15 16
電話番号	フリガナ	世 帯 主		
既往症	今までにお腹の病気にかかったことがありますか? ①ない ②胃がん ③十二指腸潰瘍 ④胃ポリープ ⑤胃炎 ⑥胆石・腎結石 ⑦その他( )		今までにお腹の手術を受けたことがありますか? ①ない ②ある(病名 ) いつごろ 年 月( 歳) 病院名	
自覚症状	該当するものがありますか? ①ない ②もたれ ③吐き気 ④胸やけ ⑤食欲不振 ⑥体重減少			
その他	1.便秘(①普通 ②下痢 ③便秘 ④黒便) 2.現在妊娠していますか?(①いいえ ②はい) 3.胃や大腸の検査でバリウムを使った際に皮膚に発しんやじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか?(①ない ②ある)		4.検診以外に医療機関等で胃の検査を受けたことがありますか? ①ない ②ある 年 1.レントゲン 2.内視鏡 (結果: )	

( 切り取り )

## 胃がん検診受診票

フリガナ			性別	1.男 2.女
姓 名	姓	名	職業 (職種)	
生年月日	明・大・昭	年 月 日生( 歳)	初診 以前に受診した年度の数字を で囲んでください。	11 12 13 14 15 16
フリガナ				
住 所	新津市		検診 再診	11 12 13 14 15 16
電話番号	フリガナ	世 帯 主		
既往症	今までにお腹の病気にかかったことがありますか? ①ない ②胃がん ③十二指腸潰瘍 ④胃ポリープ ⑤胃炎 ⑥胆石・腎結石 ⑦その他( )		今までにお腹の手術を受けたことがありますか? ①ない ②ある(病名 ) いつごろ 年 月( 歳) 病院名	
自覚症状	該当するものがありますか? ①ない ②もたれ ③吐き気 ④胸やけ ⑤食欲不振 ⑥体重減少			
その他	1.便秘(①普通 ②下痢 ③便秘 ④黒便) 2.現在妊娠していますか?(①いいえ ②はい) 3.胃や大腸の検査でバリウムを使った際に皮膚に発しんやじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか?(①ない ②ある)		4.検診以外に医療機関等で胃の検査を受けたことがありますか? ①ない ②ある 年 1.レントゲン 2.内視鏡 (結果: )	