

[12] 障害者扶養共済制度 **身 知 精**

| 概 要 | <p>障害者の保護者が加入者となって掛け金を納入することにより、加入者が死亡または重度の障害を有することとなったとき、障害者に終身にわたり年金が支給される任意加入の共済制度です。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|-------|--------------|-------|--------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|------------|---------|
| 対 象 者 | <p>(1) 身体障害者(身体障害者手帳1～3級) (2) 知的障害者 (3) 精神または身体に永続的な障害のある方で、その障害の程度が(1)または(2)の者と同程度の方を扶養している保護者であり、次の要件を満たしていること</p> <p>① 大阪市、堺市内を除く府内に在住していること ② 65才未満であること ③ 特別な病気がないこと</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 容 | <p>年金額は、1口あたり月額20,000円で、障害者1人につき加入者1人2口まで加入できます。1口目のみ、掛金の減免制度があります。生活保護世帯は全額、市民税非課税世帯は半額免除、市民税所得割非課税世帯は3割免除されます。</p> <p>掛金額(加入するときの年齢により異なります) [1口あたりの月額]</p> <table border="1" data-bbox="549 810 1235 1099"> <thead> <tr> <th>加入時年齢</th> <th>H20.4.1以降の加入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35歳未満</td> <td>9,300円</td> </tr> <tr> <td>35歳以上～40歳未満</td> <td>11,400円</td> </tr> <tr> <td>40歳以上～45歳未満</td> <td>14,300円</td> </tr> <tr> <td>45歳以上～50歳未満</td> <td>17,300円</td> </tr> <tr> <td>50歳以上～55歳未満</td> <td>18,800円</td> </tr> <tr> <td>55歳以上～60歳未満</td> <td>20,700円</td> </tr> <tr> <td>60歳以上～65未満</td> <td>23,300円</td> </tr> </tbody> </table> <p>[注意]</p> <p>1 年齢は、4月1日における年齢で計算しています(同年度の3月1日付け承認分まで有効) 2 加入を希望する月(毎月1日承認)の前々月の月末までには窓口へ申請してください。 3 掛金は毎月月末までに納付が必要です。銀行等の口座からの自動振替も可能です。 4 途中で脱退しても、すでに払い込んだ掛金は返還されません。</p> | 加入時年齢 | H20.4.1以降の加入 | 35歳未満 | 9,300円 | 35歳以上～40歳未満 | 11,400円 | 40歳以上～45歳未満 | 14,300円 | 45歳以上～50歳未満 | 17,300円 | 50歳以上～55歳未満 | 18,800円 | 55歳以上～60歳未満 | 20,700円 | 60歳以上～65未満 | 23,300円 |
| 加入時年齢 | H20.4.1以降の加入 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35歳未満 | 9,300円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35歳以上～40歳未満 | 11,400円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40歳以上～45歳未満 | 14,300円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45歳以上～50歳未満 | 17,300円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50歳以上～55歳未満 | 18,800円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55歳以上～60歳未満 | 20,700円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60歳以上～65未満 | 23,300円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 必要とするもの | <p>加入等申込書(障害福祉課にあります)・加入申込者告知書 加入者および被加入者の住民票・手帳・印鑑など</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 窓 口 | <p>障害福祉課 電話:06-6992-1630・1635、FAX:06-6991-2494</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |