

後期高齢者医療 被保険者証が変わります

現在お使いの後期高齢者医療の被保険者証「**りんどう(紫)色**」の有効期限は、平成28年7月31日までです。

- 平成28年8月1日からお使いいただく新しい被保険者証は「**うぐいす(緑)色**」で、7月中旬に簡易書留でお送りしています。
- 平成27年中の所得の状況等により負担割合が変更になる場合があります。被保険者証に記載されている自己負担割合（「1割」または「3割」）をご確認ください。
- 平成28年度の保険料決定通知を7月中旬に送付しますのであわせてご確認ください。

【お問い合わせ先】

役場健康福祉課 医療介護保険グループ 有線31-5122 電話54-2511
 島根県後期高齢者医療広域連合 業務課 電話0852-20-7526

介護保険サービスの利用者負担額が軽減される制度があります

仁多福祉会、よこた福祉会が提供する介護保険サービスをご利用の方のうち、次の要件を満たす方は、利用者負担額の25%（老齢福祉年金受給者は50%）が軽減されますので、適用を受けたい方は必ず申請してください。

◆軽減の対象となるサービスの種類と費用

介護保険サービスの種類	軽減される費用
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護サービス費、食費、居住費
短期入所生活介護（ショートステイ）	介護サービス費、食費、滞在費
通所介護（デーサービス）	介護サービス費、食費
訪問介護（ホームヘルプ）	介護サービス費

◆軽減を受けるための要件 市町村民税非課税世帯のうち、次の要件を全て満たす方

- ① 年間収入が150万円以下であること（世帯員が1人増えるごとに50万円加算）
- ② 預貯金等の額が350万円以下であること（世帯員が1人増えるごとに100万円加算）
- ③ 日常生活に供する資産（居住家屋等）以外に保有資産がないこと
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと

◆申請場所 仁多庁舎健康福祉課 又は 横田庁舎税務課

◆申請期間 随時受付（ただし、申請した月の初日から適用となります）

◆申請に必要なもの ①介護保険被保険者証、②貯金通帳・有価証券（世帯員名義のもの全て）、③年金額（年額）のわかるもの、④印鑑、⑤加入医療保険の被保険者証

【お問い合わせ先】 役場健康福祉課 医療介護保険グループ
 有線31-5123 電話54-2511

障がいのため介護が必要な方等へ手当を支給します

障害児福祉手当
 月額 14,600円

20歳未満で重度の障がいがあり、常時介護を必要とする方（施設入所者を除く）

特別障害者手当
 月額 26,830円

20歳以上で著しく重度の障がいがあり、常時特別な介護を必要とする方（施設入所者や病院等に継続して3ヵ月を超えて入院している方を除く）

特別児童扶養手当
 月額 1級 51,500円
 2級 34,300円

20歳未満の障がい児の父母等が、当該児童を監護・養育する場合（施設入所者を除く）

■所得制限について

本人、配偶者、扶養義務者の前年の所得が制限額以上あるときは、その年の8月分から翌年7月分までの手当が支給停止となります。

■所得状況届の提出について

手当を受給中の方は、毎年8月に「所得状況届」を提出してください。（用紙は8月上旬にお届けします）

【お問い合わせ先】

奥出雲町福祉事務所 福祉グループ 有線：31-5376
 電話：54-2541

ひとり親家庭を支援します 児童扶養手当制度

～ひとり親家庭の生活の安定と児童のすこやかな成長を支援する～

◆手当を受けることができる人（支給要件）

次の要件に該当する児童を養育している母、父または父母に代わって養育している人です。

1. 【年齢】 満18歳に達した年度の3月31日まで
2. 【状況】 児童がつぎの①～⑨のいずれかに該当していること
 - ①父母が離婚している
 - ②父または母が死亡している
 - ③父または母が重度の障害にある
 - ④父または母の生死が不明である
 - ⑤父または母が子育てを放棄している
 - ⑥父または母が裁判所からDV保護命令を受けている
 - ⑦父または母が1年以上拘禁されている
 - ⑧婚姻によらないで生まれた
 - ⑨棄児などで父母がいるかないか明らかでない

◆所得制限について

前年の所得が一定額以上あるときは、その年度（8月から翌年の7月まで）に手当の一部または全部が支給停止となります。

◆現況届の提出について

支給認定を受けている方は、毎年8月に「現況届」を提出してください。

◆手当額（月額）について

平成28年8月から第2子以降の加算額が変更されました。

第2子は10,000円～5,000円、第3子以降は6,000円～3,000円の所得に応じた加算となります。

区分	手 当 月 額		
	児童1人	児童2人	児童3人
全部支給	42,330円	52,330円	58,330円
一部支給	42,320円～9,990円	52,310円～14,990円	58,300円～17,990円

【お問い合わせ先】

奥出雲町福祉事務所 福祉グループ 有線：31-5370 31-5376
 電話：54-2541