

年金



障害基礎年金（国民年金）

問合せ先：市民課

障害基礎年金は、国民年金に加入している間に病気やけがで障がい者になったとき（過去に被保険者であった60歳以上65歳未満の人で日本国内に住んでいる間に障がい者になったときを含む）、国民年金法に定める障害の程度が1級または2級（障害者手帳の等級ではありません）の状態であり、一定の保険料納付要件を満たしている場合に支給されます。

20歳前（国民年金に加入する前）の病気やけがで障がい者になった場合も、20歳に達したとき、国民年金法に定める障害の程度が1級または2級の状態にある場合に障害基礎年金を受給することができます。

◇ 受給要件

障害基礎年金は、次の要件を満たしている人の障害の程度が、国民年金法に定める障害等級の1級または2級に該当していると認められた場合に支給されます。

- ① 国民年金の被保険者である間や、過去に被保険者であった60歳から65歳未満の人で日本国内に住んでいる間、20歳前（国民年金に加入する前）に、障害の原因となった病気やけがで初めて医師や歯科医師の診療を受けた日（初診日）がある人。
- ② 障害の原因となった病気やけがで初めて医師や歯科医師の診療を受けた日（初診日）の前日において、初診日のある月の前々月までの公的年金の加入期間のうち、保険料の納付済期間と免除期間とを合算した期間が3分の2以上ある人。なお、令和18年3月31日までに初診日があり、初診日において65歳未満の場合は、初診日のある月の前々月までの直近の1年間に保険料の未納期間がない人。ただし、20歳前（国民年金に加入する前）に初診日がある場合は、納付要件はありません。

◇ 年金額（令和8年4月から）

◆ 基本となる額

- 1級 1,059,125円（昭和31年4月1日以前に生まれた方は1,056,125円）
- 2級 847,300円（昭和31年4月1日以前に生まれた方は844,900円）

◆ 子の加算額

- 第1子・第2子 各243,800円、第3子以降 各81,300円

◇ 問合せ先 大村市市民課 電話 53-4111（内線113） FAX 27-3322



特別障害給付金（国民年金）

問合せ先：市民課

国民年金が任意加入制度であった期間に任意加入していなかったことにより、障害基礎年金などを受給していない障がい者の人について、国民年金制度の発展過程において生じた特別な事情にかんがみ、福祉的措置として「特別障害給付金制度」が創設されました。

◇ 対象者

- ① 平成3年3月以前の国民年金任意加入対象で次の1または2の昼間部に在学していた学生（定時制、夜間部、通信制を除く。）
 1. 大学（大学院）、短大、高等学校および高等専門学校
 2. 昭和61年4月から平成3年3月までは、1に加え、専修学校および一部の各種学校
- ② 昭和61年3月以前の国民年金任意加入対象であった被用者（厚生年金、共済年金等の加入者）の配偶者であって、当時、任意加入していなかった期間内に初診日（障害の原因となる傷病について初めて医師または歯科医師の診療を受けた日）があり、現在、障害基礎年金の1級、2級相当の障害の状態にある人。ただし、65歳に達する日の前日までに当該障害状態に該当された人に限られます。

なお、障害基礎年金や障害厚生年金、障害共済年金などを受給することができる人は対象になりません。また、給付金を受けるためには、厚生労働大臣の認定が必要となります。

◇ 支給額（令和8年度）

障害基礎年金1級相当に該当する人（月額58,650円）

障害基礎年金2級相当に該当する人（月額46,920円）



障害厚生年金・障害共済年金

問合せ先：諫早年金事務所ほか

障害の原因となった病気・けがの初診日の時点で、厚生年金または共済組合に加入していた人のうち、それぞれに定める障害等級に該当する人に支給されます。詳しくは、各担当窓口へお問い合わせください。

◇ 問合せ・申請先

厚生年金：諫早年金事務所 電話 25-1662 FAX26-1949／共済年金：各共済組合



心身障害者扶養共済

問合せ先：長崎県障害福祉課・大村市障がい福祉課

障がいのある人を扶養している保護者が、自らの生存中に毎月一定の掛け金を納めることにより、保護者に万一のこと(死亡・重度障害)があったとき、障がいのある人に終身一定額の年金を支給する制度です。

◇ 対象者

障がいのある人を現に扶養している保護者(父母、配偶者、兄弟姉妹、祖父母、その他の親族など)であって、次のすべての要件を満たしている人。

1. お申込みをされる都道府県・指定都市に住所があること。
2. 加入時(または口数追加時)の年度の4月1日時点の年齢が満65歳未満であること。
3. 特別の疾病または障害がなく、生命保険契約の対象となる健康状態であること。
4. 障がいのある人1人に対して、加入できる保護者は1人であること。

◇ 障がいのある人の範囲

次のいずれかに該当する障がいのある人で、将来独立自活することが困難であると認められる人。(年齢制限はありません)

1. 知的障害
2. 身体障害者手帳を所持し、その障害が1級から3級までに該当する障害
3. 精神または身体に永続的な障がいのある人(統合失調症、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など)で、その障害の程度が1.または2.の者と同程度と認められる人

◇ 掛金月額

加入時の年度の4月1日時点の加入者の年齢に応じて決まります。

◇ 支給額

1口：月額2万円(年額24万円)、2口：月額4万円(年額48万円)

◇ 支給対象期間

加入者がお亡くなりになった、または重度障害状態に該当したと認められた月の分から、障がいのある人がお亡くなりになる月の分までとなっています。

◇ 新規申請に必要なもの(障がい福祉課で受付し、長崎県障害福祉課へ送付します。)

- 加入等申込書
- 住民票原本(申込者及び障がいのある人それぞれに必要です)
- 申込者(被保険者)告知書(申込者の健康状態を告知する書類です)
- 障がいのある人の障害の種類及び程度を証明する書類(身体障害者手帳、療育手帳、年金証書等)
- 年金管理者指定届書(障がいのある人が年金を管理することが困難な時)
- 認めの印鑑(シャチハタ不可)(加入申込者、年金管理者のもの)

◇ 問合せ先

長崎県障害福祉課 電話 095-895-2451 FAX 095-823-5082

大村市障がい福祉課 電話 20-7306 FAX 47-5419