障害児福祉手当のしおり（令和７年度）

＜目的＞

　精神または身体に重度の障害を有するため、日常生活において常時の介護を必要とする児童に対して支給される手当です。（障害者手帳の有無は問いません。）

＜支給要件等＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受 給 資 格 | 年齢 | ２０歳未満 |
| 障害程度 | 別表（裏面）の障害を、１つ以上有するもの |
| 支給要件 | 次のような場合には手当の支給を受けられません。・ 障害児が施設等に入所しているとき・ 障害児が障害を支給事由とする年金を受け取ることができるとき |
| 支給制限 | 次のような場合には、その年の８月から翌年７月までの１年間、手当の支給が停止されます。①障害児本人の前年所得が一定の額以上であるとき②配偶者または障害児を扶養する人（民法第 877 条第１項に定める扶養義務者のうち同居の最多収入者）の前年所得が一定の額以上であるとき（金額は裏面を参照） |
| 支 給 額 | 月額 １６，１００円（物価スライドにより毎年見直しをしています。） |
| 支 払 | 請求（申請）日の**翌月**から支給対象月となります。支払いは毎年２・５・８・１１月に、それぞれ前月までの３か月分をまとめて支払います。 |

＜手続きの方法＞

　次の書類を添えて、玉野市福祉政策課の窓口に提出してください。

　用紙は、申請窓口に備えつけてあります。ホームページからもダウンロードできます。

①障害児福祉手当認定請求書

②障害児福祉手当所得状況届

③認定診断書（所定の様式があります。）

　※認定診断書は、身体障害者福祉法に規定する指定医師等、該当する障害または症状に係る専門医

　の作成したものが望ましいです。

④個人番号（マイナンバー）がわかるもの（本人および配偶者・扶養義務者のもの）

⑤身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳（手帳を交付されている方のみ）

⑥障害のある方本人（児童）名義の預金口座

＜別表　障害程度＞

１ 両眼の視力がそれぞれ０.０２以下のもの（屈折異常は矯正視力による）

２ 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの

３ 両上肢の機能に著しい障害を有するもの

４ 両上肢のすべての指を欠くもの

５ 両下肢の用を全く廃したもの

６ 両大腿を２分の１以上失ったもの

７ 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの

８ 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害または長期にわたる安静を必要とする

病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能

ならしめる程度のもの

９ 精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

10 身体に機能の障害若しくは病状又は精神の障がいが重複する場合であって、その状態

が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

＜別表 所得制限限度額表＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 扶養親族等の数 | 受給資格者 | 配偶者及び扶養義務者 |
| 所得額（参考：収入額の目安） | 所得額（参考：収入額の目安） |
| 0人 | 3,661,000 円(約 5,252,000 円) | 6,287,000 円(約 8,319,000 円) |
| １人 | 4,041,000 円(約 5,728,000 円) | 6,536,000 円(約 8,586,000 円) |
| ２人 | 4,421,000 円(約 6,203,000 円) | 6,749,000 円(約 8,799,000 円) |
| ３人 | 4,801,000 円(約 6,668,000 円) | 6,962,000 円(約 9,012,000 円) |
| ４人 | 5,181,000 円(約 7,090,000 円) | 7,175,000 円(約 9,225,000 円) |
| ５人 | 5,561,000 円(約 7,512,000 円) | 7,388,000 円(約 9,438,000 円) |

（注）

１　所得税法に規定する老人控除対象配偶者、老人扶養親族、特定扶養親族又は控除対象扶養親

族（１９歳未満の者に限る。）がある者についての限度額（所得額）は、上記の金額に次の金

額を加算した額とする。

（１）本人の場合は、

①老人控除対象配偶者又は老人扶養親族１人につき１０万円

②特定扶養親族又は控除対象扶養親族（１９歳未満の者に限る。）１人につき２５万円

（２）配偶者及び扶養義務者の場合は、老人扶養親族１人につき（当該老人扶養親族のほかに扶

養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち１人を除いた老人扶養親族１人につき）６万円

２　政令上は所得額で規定されており、ここに掲げた収入額は、給与所得者を例として給与所得

控除額を加えて表示した額である。

問合せ先

玉野市役所　福祉政策課　障害者福祉係

TEL 0863-32-5556

FAX 0863-31-9179