

### 3 手当等

手帳をお持ちの方やその家族の方には、手帳の区分や等級に応じ、各種手当等が支給される場合があります。

#### 1 特別児童扶養手当(国)

|        |                                                                                                                                                                                |                         |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容    | 20歳未満の重度・中度の障がい児を養育している方、血液などの疾病で日常生活において常に介護を必要とする児童を養育している方に支給される手当です。認定を受けると、申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。年3回(原則として4月、8月、11月の11日:休日の場合は前日)、養育者の口座に振込まれます。                        |                         |
| 支給対象   | ①療育手帳A・B判定程度の方<br>②身体障がい者手帳1～4級程度の方<br>③発達障がいやてんかんなど精神の障がいがあり、上記と同程度の常時介護が必要な方<br>④血液などの疾病があり、上記と同程度の常時介護が必要な方<br>＊以上はおおよその目安です。特別児童扶養手当認定診断書での日常生活動作、日常生活能力などにより認定されます。       |                         |
| 手当額    | ◆手当1級(重度)…月額56,800円<br>◆手当2級(中度)…月額37,830円<br>＊手当の等級は、障がい者手帳の等級とは異なる場合があります。                                                                                                   |                         |
| 支給制限   | 1. 該当児童が施設に入所している方(受給中の場合は届出必要)<br>2. 該当児童が障がいを理由として公的年金を受けている方(受給中の場合は届出必要)<br>3. 一定以上の所得がある方(受給資格者本人、配偶者及び扶養義務者)<br>4. 年1回の所得状況届が未提出の方<br>5. 障がい認定のための診断書などが、定められた期限までに未提出の方 |                         |
| 用意するもの | ①戸籍謄本 ②養育者の銀行などの通帳 ③特別児童扶養手当認定診断書<br>④身体障がい者手帳、療育手帳(お持ちの場合)<br>⑤マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード)<br>⑥顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)<br>＊詳しくは、障がい福祉課にお問い合わせください。                  |                         |
| 窓 口    | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                                                  | TEL 85-6186 FAX 84-5764 |

#### 2 障がい児福祉手当(国・県)

|     |                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容 | 20歳未満で身体・知的・精神などに重度の障がいがあるため、日常生活において常時介護を必要とする方、血液などの疾病で日常生活において常時介護を必要とする方に支給される手当です。認定を受けると、申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。年4回(原則として2月、5月、8月、11月の10日:休日の場合は前日)、本人の口座に振込まれます。 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|        |                                                                                                                                                                                                           |                            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 支給対象   | ①知的障がいIQ20 以下の方<br>②身体障がい者手帳1級の方<br>③身体障がい者手帳2級(一部を除く。)の障がいがあり常時介護が必要な方<br>④てんかんなどで精神に障がいがあり上記と同程度の常時介護が必要な方<br>⑤血液などの疾病があり上記と同程度の常時介護が必要な方<br>＊以上は、おおよその目安です。障がい児福祉手当認定診断書での日常生活動作、日常生活能力、安静度などにより認定します。 |                            |
| 手当額    | ◆国…月額 16,100 円<br>◆県…次の手帳をお持ちの方は、上記手当に加算<br>○身体障がい者手帳1・2級と療育手帳IQ35以下の両方…月額6,900円<br>○身体障がい者手帳1・2級…月額1,150円<br>○療育手帳IQ35以下…月額1,150円                                                                        |                            |
| 支給制限   | 1. 施設に入所している方(受給中の場合は届出必要)<br>2. 障がいを理由として公的年金を受けている方(受給中の場合は届出必要)<br>3. 一定以上の所得がある方(本人、配偶者及び扶養義務者)<br>4. 年1回の現況届が未提出の方<br>＊一定の期間で、障がい児福祉手当認定診断書が必要な場合があります。                                              |                            |
| 用意するもの | ①障がい児福祉手当認定診断書      ②本人の銀行などの通帳<br>③身体障がい者手帳、療育手帳(お持ちの場合)<br>④マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード)<br>⑤顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)                                                                           |                            |
| 窓 口    | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                                                                             | TEL 85-6186    FAX 84-5764 |

### 3 特別障がい者手当(国・県)

|      |                                                                                                                                                                                                           |  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 内 容  | 20歳以上で身体・知的・精神などに重度の障がいがあるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする方に支給される手当です。認定を受けると、申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。年4回(原則として2月、5月、8月、11月の10日:休日の場合は前日)、本人の口座に振込まれます。                                                           |  |
| 支給対象 | ①知的障がいがあり、IQ20以下で常時特別な介護が必要な方<br>②身体障がい者手帳1・2級程度の障がいが重複している方<br>③てんかんなどで精神に障がいがあり上記と同程度の常時特別な介護が必要な方<br>④血液などの疾病があり上記と同程度の常時特別な介護が必要な方<br>＊以上は、おおよその目安です。実際には、特別障がい者手当認定診断書での日常生活動作、日常生活能力、安静度などにより認定します。 |  |
| 手当額  | ◆国…月額29,590円<br>◆県…次の手帳をお持ちの方は、上記手当に加算<br>○身体障がい者手帳1・2級と療育手帳IQ35以下の両方…月額6,850円<br>○身体障がい者手帳1・2級…月額1,050円<br>○療育手帳IQ35以下…月額1,050円                                                                          |  |

|        |                                                                                                                                                             |                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 支給制限   | 1. 施設に入所している方(受給中の場合は届出必要)<br>2. 病院、診療所に3か月以上入院している方(受給中の場合は届出必要)<br>3. 一定以上の所得がある方(本人、配偶者及び扶養義務者)<br>4. 年1回の現況届が未提出の方<br>*一定の期間で、特別障がい者手当認定診断書が必要な場合があります。 |                         |
| 用意するもの | ①特別障がい者手当認定診断書<br>②本人の銀行などの通帳<br>③前年の年金受給額が分かるもの<br>④身体障がい者手帳、療育手帳(お持ちの場合)<br>⑤マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード)<br>⑥顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)            |                         |
| 窓 口    | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                               | TEL 85-6186 FAX 84-5764 |

## 4 在宅重度障がい者手当(県)

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容    | 在宅の重度障がい者に支給される手当です。認定を受けると、申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。年3回(原則として4月、8月、12月の25日:休日の場合は前日)、本人の口座に振込まれます。                                                                                                                                                                                                                        |                         |
| 手当額    | ◆身体障がい者手帳1・2級と療育手帳IQ35以下の両方…月額15,500円<br>◆身体障がい者手帳1・2級…月額6,750円<br>◆療育手帳IQ35以下…月額6,750円<br>◆身体障がい者手帳3級と療育手帳IQ50以下の両方…月額6,750円                                                                                                                                                                                             |                         |
| 支給制限   | 1. 施設に入所している方(受給中の場合は届出必要)<br>※施設には、介護保険による特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、軽費老人ホーム(ケアハウス)を含みます。<br>2. 病院又は診療所に継続して3か月を超えて入院している方<br>3. 医療型障がい児入所施設又は療養介護を行う病院に入院している方<br>4. 特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過的福祉手当を受給している方(受給中の場合は届出必要)<br>5. 一定以上の所得がある方(本人、配偶者及び同居の扶養義務者)<br>6. 年1回の所得状況届が未提出の方<br>7. 平成20年4月1日以降、65歳以上で新たに手帳を取得した方 |                         |
| 用意するもの | ①身体障がい者手帳、療育手帳<br>②本人の銀行などの通帳                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
| 窓 口    | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TEL 85-6186 FAX 84-5764 |

## 5

## 福祉応援券(市)

| 内 容      | <p>障がい者手帳をお持ちの方、難病の方や原子爆弾被爆による手当を受けている方などに、福祉応援券の登録店舗・事業所で商品やサービスを購入する際に使うことができる福祉応援券を支給します。(所得、年齢制限あり)</p> <p>【利用方法】</p> <p>○1枚あたりの額面は500円です。(おつりは出ませんので、必ず500円以上の支払い時にご利用いただき、差額は現金等でお支払いください。)</p> <p>○複数枚をまとめて使用することができます。</p> <p>○有効期間は1年(8月1日～翌年7月31日まで)です。</p> <p>○受給者からの依頼により、ご家族やヘルパー等が使用することもできます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                         |                     |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|------|-------------|--------------|------|------------------|--------------------|-----|------------|-----------------------|----------------------|---------------------|--|-----|------------|------|-----|----|--|-----|------------|------|-----|----|------------------|-----|------------|------|-----|----|------|
| 支給対象     | <p>次の①～③すべてを満たしている方</p> <p>① 春日井市に住民登録がある方</p> <p>② 春日井市に居住している方</p> <p>③ 次のa～eのいずれかを持っている方</p> <p>a. 身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳(春日井市で手帳を管理している方のみ)</p> <p>b. 特定医療費(指定難病)受給者証</p> <p>c. 特定疾患医療給付事業受給者票</p> <p>d. 小児慢性特定医療費医療受給者証</p> <p>e. 被爆者手当(医療特別手当・健康管理手当・保健手当)証書</p> <p>※令和7年4月1日以降に、65歳以上で新たに障がい者手帳等を取得された方は対象外となります(令和7年3月31日までに障がい者手帳等を申請した方は、福祉応援券の対象となります。)</p> <p>※上記以外の方でも支給対象となる場合があります。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                         |                     |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 支給区分・支給額 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>支給区分</th><th>支給対象<br/>支給額</th><th>身体障がい者<br/>手帳</th><th>療育手帳</th><th>精神障がい者<br/>保健福祉手帳</th><th>特定医療費受<br/>給者証等(※1)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>区分1</td><td>60,000 円/年</td><td>1,2級で、国3<br/>手当(※2)を受給</td><td>A判定で、国3<br/>手当(※2)を受給</td><td>1級で、国3手<br/>当(※2)を受給</td><td></td></tr> <tr> <td>区分2</td><td>48,000 円/年</td><td>1,2級</td><td>A判定</td><td>1級</td><td></td></tr> <tr> <td>区分3</td><td>36,000 円/年</td><td>3,4級</td><td>B判定</td><td>2級</td><td>高額かつ長期<br/>(※3)該当</td></tr> <tr> <td>区分4</td><td>24,000 円/年</td><td>5,6級</td><td>C判定</td><td>3級</td><td>上記以外</td></tr> </tbody> </table> <p>新規申請の場合は、申請の翌月分からの月割り額の支給となります。</p> <p>※1 特定医療費(指定難病)受給者証、特定疾患医療給付事業受給者票、小児慢性特定医療費医療受給者証、被爆者手当(医療特別手当、健康管理手当、保健手当)証書</p> <p>※2 特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過福祉手当の3種類の手当のうち、いずれか1つ</p> <p>※3 指定難病又は小児慢性特定疾病の治療に係る医療費総額が50,000円を超える月が年間6回以上ある方</p> |                       |                         |                     |                    | 支給区分 | 支給対象<br>支給額 | 身体障がい者<br>手帳 | 療育手帳 | 精神障がい者<br>保健福祉手帳 | 特定医療費受<br>給者証等(※1) | 区分1 | 60,000 円/年 | 1,2級で、国3<br>手当(※2)を受給 | A判定で、国3<br>手当(※2)を受給 | 1級で、国3手<br>当(※2)を受給 |  | 区分2 | 48,000 円/年 | 1,2級 | A判定 | 1級 |  | 区分3 | 36,000 円/年 | 3,4級 | B判定 | 2級 | 高額かつ長期<br>(※3)該当 | 区分4 | 24,000 円/年 | 5,6級 | C判定 | 3級 | 上記以外 |
| 支給区分     | 支給対象<br>支給額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 身体障がい者<br>手帳          | 療育手帳                    | 精神障がい者<br>保健福祉手帳    | 特定医療費受<br>給者証等(※1) |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 区分1      | 60,000 円/年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1,2級で、国3<br>手当(※2)を受給 | A判定で、国3<br>手当(※2)を受給    | 1級で、国3手<br>当(※2)を受給 |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 区分2      | 48,000 円/年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1,2級                  | A判定                     | 1級                  |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 区分3      | 36,000 円/年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3,4級                  | B判定                     | 2級                  | 高額かつ長期<br>(※3)該当   |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 区分4      | 24,000 円/年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5,6級                  | C判定                     | 3級                  | 上記以外               |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 用意するもの   | <p>①身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳・特定医療費(指定難病)受給者証・特定疾患医療給付事業受給者票・小児慢性特定医療費医療受給者証・被爆者手当(医療特別手当・健康管理手当・保健手当)証書のいずれか</p> <p>②本人の課税証明書等の証明書類(省略できる場合もあります)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                         |                     |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |
| 窓 口      | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | TEL 85-6186 FAX 84-5764 |                     |                    |      |             |              |      |                  |                    |     |            |                       |                      |                     |  |     |            |      |     |    |  |     |            |      |     |    |                  |     |            |      |     |    |      |

## 6 児童扶養手当(国)

|      |                                                                                                                                                                                                                               |                         |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容  | ひとり親家庭などの生活の安定と児童の健全育成のため手当を支給する制度です。認定を受けると、認定請求をした日の属する月の翌月分から支給されます。奇数月に請求者の口座に振込まれます。                                                                                                                                     |                         |
| 支給対象 | 次の要件に当てはまる18歳以下(18歳到達の年度の末日)の児童(一定の障がいがあるときは、20歳未満)を監護している母か、監護し、かつ生計を同じくする父又は養育している方に支給されます。<br>①父母が婚姻を解消した児童<br>②父又は母が死亡した児童<br>③父又は母が重度の障がいにある児童 など                                                                        |                         |
| 手当額  | ◆児童1人の場合……………所得に応じて月額11,010円～46,690円<br>◆児童2人目以降1人につき……………所得に応じて月額5,520円～11,030円加算<br>* 手当を受給してから5年又は離婚など支給要件に該当した月から7年経過した場合で、かつ必要な届出がない場合は、手当額が2分の1になります。<br>* 所得制限や支給制限がありますので、詳しくはお問い合わせください。<br>* 最新の情報は市のホームページをご覧ください。 |                         |
| 窓 口  | 子育て推進課(市役所2階)                                                                                                                                                                                                                 | TEL 85-6201 FAX 85-3786 |

## 7 遺児手当(県)

|      |                                                                                                                      |                         |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容  | ひとり親家庭などの生活の安定と児童の健全育成のため手当を支給する制度です。認定を受けると、認定申請をした日の属する月分から支給されます。奇数月に申請者の口座に振込まれます。                               |                         |
| 支給対象 | 県内に住所があり、次の要件に当てはまる18歳以下(18歳到達の年度の末日)の児童を監護・養育している方に支給されます。<br>①父母が婚姻を解消した児童<br>②父又は母が死亡した児童<br>③父又は母が重度の障がいにある児童 など |                         |
| 手当額  | ◆1～3年目 児童1人につき…月額4,350円<br>◆4・5年目 児童1人につき…月額2,175円<br>* 6年目以降手当支給はありません。<br>* 所得制限や支給制限がありますので、詳しくはお問い合わせください。       |                         |
| 窓 口  | 子育て推進課(市役所2階)                                                                                                        | TEL 85-6201 FAX 85-3786 |

## 8 子ども福祉手当(市)

|      |                                                                                                                                                                      |                         |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容  | ひとり親家庭などの生活の安定と子どもの健全育成のため手当を支給する制度です。認定を受けると、認定申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。奇数月に申請者の口座に振込まれます。                                                                           |                         |
| 支給対象 | 市内に住所があり、次の要件に当てはまる18歳以下(18歳到達の年度の末日)の子ども(一定の障がいがあるときは、20歳未満)を監護している父又は母か、父又は母に監護されない子どもを養育している方に支給されます。<br>①父母が婚姻を解消した子ども<br>②父又は母が死亡した子ども<br>③父又は母が重度の障がいにある子ども など |                         |
| 手当額  | 子ども1人につき<br>◆小学生以下…月額2,000円<br>◆中学生……………月額3,000円<br>◆高校生等………月額4,000円<br>＊所得制限や支給制限がありますので、詳しくはお問い合わせください。                                                            |                         |
| 窓 口  | 子育て推進課(市役所2階)                                                                                                                                                        | TEL 85-6201 FAX 85-3786 |

## 9 外国人重度障がい者福祉手当(市)

|        |                                                                                                                                                                                                                |                         |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 内 容    | 市内にお住まいの、昭和57年1月1日前から在日で重度の障がいになっていた、大正15年4月2日から昭和37年1月1日までに生まれた外国人で、障がい基礎年金を受けることができない障がい者(身体障がい者手帳1・2級又は療育手帳のA判定)の方に支給される手当です。認定を受けると、申請をした日の属する月の翌月分から支給されます。年3回(原則として4月、8月、12月の20日:休日の場合は前日)、本人の口座に振込まれます。 |                         |
| 手当額    | 月額10,000円                                                                                                                                                                                                      |                         |
| 支給制限   | 1. 一定以上の所得がある方(本人のみ)<br>2. 障がいを理由とする基礎年金を受給できるとき(受給中の場合は届出必要)<br>3. 市内に居住して1年未満の方 など                                                                                                                           |                         |
| 用意するもの | ①登録原票記載事項証明書(省略できる場合もあります。)<br>②身体障がい者手帳、療育手帳<br>③本人の銀行などの通帳                                                                                                                                                   |                         |
| 窓 口    | 障がい福祉課(市役所1階)                                                                                                                                                                                                  | TEL 85-6186 FAX 84-5764 |