

障害のある子ども・家庭への支援

特別児童扶養手当

精神または心身に障害のある20歳未満の児童を扶養している父、母または養育者に支給している手当です。

●対象

- ①身体障害者手帳1～3級程度の児童（4級の一部を含む）
- ②愛の手帳1～3度程度の児童
- ③精神障害または内部障害により、日常生活に著しい制限を受ける状態にある児童

●支給制限

所得要件などによる制限があります。

●手当額

- 1級（重度）月額52,200円
- 2級（中度）月額34,770円

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課障害者福祉係

☎（3546）5389

FAX（3544）0505

児童育成手当（障害手当）

児童育成手当（障害手当）

心身に障害のある20歳未満の児童を扶養している父、母または養育者に支給している手当です。

●対象

- ①身体障害者手帳1・2級程度の児童
- ②愛の手帳1～3度程度の児童
- ③脳性麻痺または進行性筋萎縮症の児童

●支給制限

住所要件・在宅要件・扶養義務者の所得要件などによる制限があります。

●手当額

月額15,500円

●申請に必要なもの

扶養している児童の身体障害者手帳または愛の手帳、印鑑、請求者の預金口座がわかるもの、個人番号確認書類、ほかに個別の事情に応じた必要書類があります。

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課障害者福祉係

☎（3546）5389

FAX（3544）0505

障害児福祉手当

心身に重度の障害を有するため、日常生活において常時介護されている20歳未満の方に支給している手当です。

●対象

- ①身体障害者手帳1級（2級の一部）程度の方
 - ②愛の手帳1度・2度程度の方
 - ①②と同程度の疾病、精神障害の方
- 各種手帳を取得していなくても可

●支給制限

次のいずれかにあたる場合は、受給できません。

- ①施設に入所しているとき

②障害を理由とする公的年金を受けているとき

●支給停止

本人または扶養義務者の所得が基準額を超えると、認定されても手当の支給が停止されます。

●手当額

月額14,790円

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課障害者福祉係

☎（3546）5389

FAX（3544）0505

東京都重度心身障害者手当

心身に重度の障害を有するため、常時複雑な介護を必要とする65歳未満の方に支給している手当です。

●対象

- ① 重度の知的障害で、日常生活について常時複雑な配慮を必要とする程度の著しい精神症状を有する方
- ② 重度の知的障害と重度の身体障害が重複している方
- ③ 重度の肢体不自由者であって、両上肢および両下肢の機能が失われ、かつ、座っていることが困難な程度以上の身体障害を有する方

●支給制限

住所要件・在宅要件・所得要件などによる制限があります。

●手当額

月額 60,000 円

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課障害者福祉係

☎ (3546) 5389

FAX (3544) 0505

心身障害者福祉手当

65歳未満で心身に障害のある方に支給している手当です。

●対象

- ① 身体障害者手帳 1～3級の方
- ② 愛の手帳 1～4度の方
- ③ 脳性麻痺または進行性筋萎縮症の方
- ④ 精神障害者保健福祉手帳 1級の方

●支給制限

住所要件・在宅要件・所得要件（20歳未満の児童の場合には扶養義務者の方の所得要件）・保護者が児童育成手当（障害手当）を受給している場合

●手当額

身体障害者手帳 1・2級または愛の手帳 1～3度の方
脳性麻痺または進行性筋萎縮症の方

月額 15,500 円

身体障害者手帳 3級または愛の手帳 4度の方

精神障害者保健福祉手帳 1級の方

月額 10,200 円

●申請に必要なもの

身体障害者手帳または愛の手帳、印鑑、請求者の預金口座がわかるもの、個人番号確認書類、ほかに個別の事情に応じた必要書類があります。

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課障害者福祉係

☎ (3546) 5389

FAX (3544) 0505

重度障害者おむつの支給

寝たきりで失禁状態にある重度の心身障害のある方、また重度の精神障害のある方に紙おむつをお届けします。

●対象

在宅または入院中の方で、3歳以上65歳未満の常時臥床の状態、またはこれに準ずる状態にあり、かつ失禁状態にある、次のいずれかに該当する障害のある方。

- ① 身体障害者手帳 1・2級の方
- ② 愛の手帳 1・2度の方
- ③ 精神障害者保健福祉手帳 1・2級の方

●支給内容

区が作成したカタログの中から商品を選択していたき、1年度間につき1800枚（1か月につき150枚程度）を限度として無料で支給します。

また、病院などに入院・転院し、病院が指定するおむつ以外を使用することができない場合には、月

7,000円を限度におむつ代を助成します。

●申請に必要なもの

- ・ 紙おむつの支給
身体障害者手帳または愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳
- ・ おむつ代の助成
下記問い合わせ先までご連絡ください。

◆問い合わせ先

福祉保健部障害者福祉課相談支援係

☎ (3546) 6032

FAX (3544) 0505

このほかにも障害のあるお子さんのいるご家庭へのさまざまな支援サービスを行っています。
詳しくは障害者福祉課へお問い合わせください。