

## ④ 手当



4

手当

### 1. 心身障害者福祉手当（区の制度）

#### ■ 対象

申請時20歳以上65歳未満の方で、次のいずれかの障害のある方

1. 身体障害者手帳1～3級
2. 愛の手帳1～4度
3. 脳性麻痺又は進行性筋萎縮症

#### ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 本人の所得が、別表（P182）の限度額を超えている方
2. 難病患者福祉手当を受けている方
3. 施設に入所している方（通所施設は除く）

#### ■ 手当額

障害程度	手当月額
身体障害者手帳 1・2級	15,550円
愛の手帳 1～3度	
脳性麻痺の方	
進行性筋萎縮症の方	
身体障害者手帳 3級	7,750円
愛の手帳 4度	

#### ■ 支給方法

申請をした日の属する月分から4月、8月、12月の年3回、本人名義の口座に振り込みます。

#### ■ 手続きに必要なもの

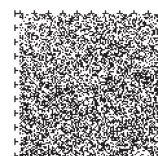
1. 身体障害者手帳・愛の手帳
2. 申請者本人の口座がわかるもの
3. 印鑑（スタンプ印不可）

※転入の方は本人のマイナンバーカード、又は個人番号確認書類と身分証明書（詳細はP59参照）

#### ☆ 問合せ

障害福祉課 区役所2階10番窓口

電話03-5246-1201 FAX03-5246-1179



## 2. 特別障害者手当（国の制度）

---

### ■ 対象

20歳以上で精神・身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする方（おおむね身体障害者手帳1・2級程度か、愛の手帳1・2度程度の障害、又はこれらと同等の疾病、精神の障害の方）

※各種手帳を取得していなくても可

※判定医が提出いただいた指定の診断書を審査して障害程度の判定を行い、支給の可否を決定します。支給の可否に関わらず、申請に要した費用は申請者の負担となりますので、あらかじめご了承ください。

### ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 施設に入所している方
2. 病院、診療所に継続して3か月を超えて入院している方
3. 受給者本人もしくは扶養義務者等の所得が別表（P182）の限度額を超えている方

### ■ 手当額

月額 29,590円（令和7年4月より。改定される場合もあります。）

### ■ 支給方法

申請のあった月の翌月分から2月、5月、8月、11月の年4回、本人名義の預金口座に振り込みます。

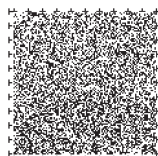
### ■ 手続きに必要なもの

1. 指定診断書（障害福祉課にあります。）
2. 預金通帳等の申請者本人の口座がわかるもの
3. 印鑑（スタンプ印不可）
4. 年金受給者は年金の種類及び年金額のわかるもの（年金振込通知書 等）
5. 本人及び扶養義務者のマイナンバーカード、又は個人番号確認書類と身分証明書（詳細はP59参照）

### ☆ 問合せ

**障害福祉課 区役所2階10番窓口**

**電話03-5246-1201 FAX 03-5246-1179**



### 3. 障害児福祉手当（国の制度）

#### ■ 対象

20歳未満で精神・身体に重度の障害があるため、日常生活において常時介護を必要とする方（身体障害者手帳1・2級の一部、愛の手帳1・2度の一部、又はこれらと同等の疾病、精神の障害の方）

※各種手帳を取得していなくても可

※判定医が提出いただいた指定の診断書を審査して障害程度の判定を行い、支給の可否を決定します。支給の可否に関わらず、申請に要した費用は申請者の負担となりますので、あらかじめご了承ください。

#### ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 施設に入所している方
2. 障害を支給事由とする公的年金を受けている方
3. 受給者本人もしくは扶養義務者等の所得が別表（P182）の限度額を超えている方

#### ■ 手当額

月額 16,100円（令和7年4月より。改定される場合もあります。）

#### ■ 支給方法

申請のあった月の翌月分から2月、5月、8月、11月の年4回、本人名義の預金口座に振り込みます。

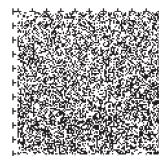
#### ■ 手続きに必要なもの

1. 指定診断書（障害福祉課にあります。）
2. 預金通帳等の申請者本人の口座がわかるもの
3. 印鑑（スタンプ印不可）
4. 本人及び扶養義務者のマイナンバーカード、又は個人番号確認書類と身分証明書（詳細はP59参照）

#### ☆ 問合せ

**障害福祉課 区役所2階10番窓口**

**電話03-5246-1201 FAX03-5246-1179**



## 4. 東京都重度心身障害者手当（都の制度）

---

### ■ 対象

65歳未満の重度障害のある方で、次のいずれかに該当する方

1. 重度の知的障害者で、著しい精神症状などのため、常時複雑な介護を必要とする方
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、両上肢・両下肢とも機能が失われ、座っていることが困難な程度以上の障害のある方

※各種手帳を取得していなくても可

### ■ 注意点

この手当に該当する障害の程度は、身体障害者手帳1・2級、愛の手帳1・2度と判定されただけでは支給要件に該当せず、一定の障害要件に該当する必要があります。障害の程度の判定は、東京都心身障害者福祉センターで行います。

### ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 施設に入所している方
2. 病院、診療所に継続して3か月を超えて入院している方
3. 20歳未満は扶養義務者、20歳以上は受給者本人の所得が別表（P182）の限度額を超えている方

### ■ 手当額

月額 60,000円

### ■ 支給方法

申請のあった月の分から、本人名義の口座に振り込みます。

### ■ 手続きに必要なもの

1. 身体障害者手帳・愛の手帳（お持ちの場合）
2. 印鑑（スタンプ印不可）
3. 本人及び扶養義務者等の個人番号、又は通知カードと身分証明書
4. 転入の方は本人（20歳未満は扶養義務者）の（非）課税証明書。申請する月により必要な（非）課税証明書の年度が異なりますので、お問合せください。

### ☆ 問合せ

**障害福祉課 区役所2階10番窓口**

**電話03-5246-1201 FAX03-5246-1179**

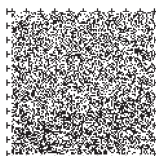
## 5. 難病患者福祉手当（区の制度）

---

### ■ 対象

申請時65歳未満で、国または東京都の定める難病（別表P184）に罹患しており、かつ、そのことを証明する医療券等をお持ちの方

65歳以上の方であっても、台東区に転入した際に医療券等をお持ちの方は、手当を受けられる場合がありますので、お問合せください。



## ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 20歳未満は扶養義務者、20歳以上は受給者本人の所得が別表（P182）の限度額を超えている方
2. 心身障害者福祉手当を受けている方
3. 都制度の児童育成手当（障害手当）を受けている方
4. 施設（障害者支援施設、特別養護老人ホームなど）に入所している方
5. 国または東京都の定める難病に罹患していることを証明する医療券等の有効期限が切れた方

## ■ 手当額

月額 15,500円

## ■ 支給方法

申請をした日の属する月分から4月、8月、12月の年3回、本人名義の口座に振り込みます。

## ■ 手続きに必要なもの

1. 下記①～⑥のいずれかの書類

- ①特定医療費（指定難病）受給者証
  - ②㊦医療券（東京都対象難病の医療券）
  - ③小児慢性特定疾病医療受給者証
  - ④小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書兼同意書または意見書の写し
  - ⑤特定医療費支給申請書または臨床調査個人票（意見書）の写し
  - ⑥生活保護受給証明書と医師の診断書
- ※④・⑤は、保健所に提出した書類の写し
- ※⑥は、生活保護法に基づく被保護者で、②の申請ができない方に限る。

①～⑥のいずれかの書類があれば手当の申請をすることはできますが、手当の支払いは、①～③の医療券等の交付決定後になります。

2. 印鑑（スタンプ印不可）
3. 申請者本人の口座がわかるもの（通帳等）
4. 転入の方は本人（20歳未満は扶養義務者）の（非）課税証明書。申請する月により必要な（非）課税証明書の年度が異なりますので、お問合せください。

## ☆ 問合せ

**障害福祉課 区役所2階10番 窓口**

**電話03-5246-1201 FAX03-5246-1179**

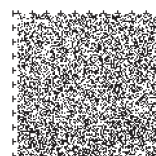
## 6. 特別児童扶養手当（国の制度）

### ■ 対象

次のいずれかに該当する児童（20歳未満）を扶養している父母又は養育者

1. 身体障害者手帳1～3級程度、4級（下肢の一部のみ）の方
2. 愛の手帳1～3度程度の方
3. 長期間安静を要する病状又は精神の障害により日常生活に著しい制限を受ける児童

※上記の障害に該当する方が全て対象とは限りませんのでご注意ください。



## ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 児童が施設に入所している方
2. 児童が障害を支給事由とする公的年金を受けている方
3. 児童、父母又は養育者が日本国内に住所を有しない方
4. 申請者、配偶者並びに同居している申請者の直系血族及び兄弟姉妹（「扶養義務者」という）の所得が別表（P 183）の限度額を超えている方

## ■ 手当額（令和6年度）

月額 特別児童扶養手当1級（重度） 55,350円

特別児童扶養手当2級（中度） 36,860円

## ■ 支給方法

4月、8月、11月の年3回、児童を養育している方の預金口座に振り込みます。

## ■ 手続きに必要なもの（この他に必要になる場合もあります。）

1. 下記のうち、いずれか  
A：マイナンバーカード  
B：通知カード及び本人確認ができるもの
2. 所定様式診断書  
※身体障害者手帳や愛の手帳（1度又は2度）が交付されている場合は診断書を省略できることがあります。詳細はお問合せください。
3. 申請者の預金口座番号のわかるもの（預金通帳またはキャッシュカード）

## ☆ 問合せ

**子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階6番窓口**

**電話03-5246-1232 FAX03-5246-1289**

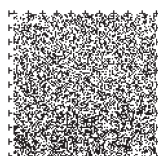
## 7. 児童扶養手当（国の制度）

---

### ■ 対象

次のいずれかの状態にある児童（18歳になった最初の3月31日まで。ただし、身体障害者手帳1～3級、愛の手帳1～3度程度の障害のある児童については20歳未満の者）を養育している父母又は養育者

1. 父母が離婚した児童
2. 父又は母が死亡した児童
3. 父又は母が生死不明である児童
4. 父又は母に1年以上遺棄されている児童
5. 父又は母が法令により1年以上拘禁されている児童
6. 婚姻によらないで生まれた児童
7. 父又は母が重度障害（障害基礎年金1級程度）のある児童
8. 父又は母が裁判所からDV保護命令を受けた児童



### ■ 支給制限

次のいずれかに該当する方は支給されません。

1. 日本国内に住所を有しない方
2. 事実上の婚姻状態のとき
3. 申請者、配偶者並びに同居している申請者の直系血族及び兄弟姉妹（「扶養義務者」という）の所得が別表（P 183）の限度額を超えている方
4. 児童が児童入所施設に入所しているとき 等

### ■ 手当額（令和6年度）

全部支給 45,500円、一部支給 10,740円～45,490円

### ■ 支給方法

1月、3月、5月、7月、9月、11月の年6回、児童を養育している方の預金口座に振り込みます。

### ■ 手続きに必要なもの（この他に必要になる場合もあります。）

1. 下記のうち、いずれか
  - A：マイナンバーカード
  - B：通知カード及び本人確認ができるもの
2. 申請者と児童の戸籍謄本
3. 申請者本人の口座がわかるもの

### ☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階6番窓口

電話03-5246-1232 FAX 03-5246-1289

## 8. 児童育成手当—育成手当（都の制度）

### ■ 対象

次のいずれかの状態にある児童（18歳になった最初の3月31日まで）を養育している父母又は養育者

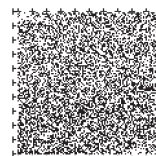
1. 父母が離婚した児童
2. 父又は母が死亡した児童
3. 父又は母が生死不明である児童
4. 父又は母に1年以上遺棄されている児童
5. 父又は母が法令により1年以上拘禁されている児童
6. 婚姻によらないで生まれた児童
7. 父又は母が重度障害（身体障害者手帳1・2級）のある児童
8. 父又は母が裁判所からDV保護命令を受けた児童

### ■ 支給制限

申請者の所得が別表（P 183）の限度額を超えているときは支給されません。

### ■ 手当額（令和6年度）

月額 13,500円



## ■ 支給方法

2月、6月、10月の年3回、児童を養育している方の預金口座に振り込みます。

## ■ 手続きに必要なもの

1. 下記のうち、いずれか  
A：マイナンバーカード  
B：通知カード及び本人確認ができるもの
2. 申請者と児童の戸籍謄本
3. 身体障害者手帳の写し（父又は母に障害がある場合。診断書が必要な場合もあります。）
4. 申請者の預金口座番号のわかるもの（預金通帳またはキャッシュカード）

## ☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階6番窓口

電話03-5246-1232 FAX03-5246-1289

# 9. 児童育成手当―障害手当（都の制度）

---

## ■ 対象

次のいずれかに該当する20歳未満の児童を扶養している方

1. 身体障害者手帳1・2級程度の方
2. 愛の手帳1～3度程度の方
3. 脳性麻痺・進行性筋萎縮症の方

※上記の障害に該当する方が全て対象とは限りませんのでご注意ください。

## ■ 支給制限

申請者の所得が別表（P183）の限度額を超えているときは支給されません。

## ■ 手当額（令和6年度）

月額 15,500円

## ■ 支給方法

2月、6月、10月の年3回、児童を養育している方の預金口座に振り込みます。

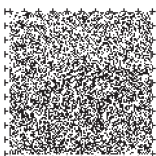
## ■ 手続きに必要なもの

1. 下記のうち、いずれか  
A：マイナンバーカード  
B：通知カード及び本人確認ができるもの
2. 申請者と児童の戸籍謄本
3. 診断書又は身体障害者手帳・愛の手帳の写し（診断書が必要な場合もあります）
4. 申請者の預金口座番号のわかるもの（預金通帳又はキャッシュカード）

## ☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階6番窓口

電話03-5246-1232 FAX03-5246-1289





## 10. 原子爆弾被爆者に対する各種手当（国の制度）

被爆者とは次のいずれかに該当し、被爆者健康手帳をお持ちの方です。

1. 直接被爆者
2. 入市者＝原子爆弾が投下された時から2週間以内に爆心地から約2 kmの区域内に入った方
3. 死体の処理や救護に従事した等により、放射能の影響を受ける事情にあった方
4. 胎児＝被爆当時、上記1～3の該当者の胎児であった方

### ■ 対象

1. 医療特別手当  
厚生労働大臣の認定を受けた被爆者で認定疾病の状態にある方
2. 特別手当  
厚生労働大臣の認定を受けた被爆者で認定した病気が治癒している方
3. 原子爆弾小頭症手当  
原爆の放射能の影響による小頭症患者
4. 健康管理手当  
厚生労働大臣の定める障害を伴う病気にかかっている被爆者
5. 保健手当  
爆心地から2 km以内の直接被爆者とその胎児であった方
6. 介護手当  
精神上又は身体上の障害により介護を要する状態にあり、自宅で介護を受けている被爆者

### ■ 支給制限

- 1、2、4、5の手当はそれぞれ併給不可。3の手当は4、5と併給不可

### ☆ 問合せ

**台東保健所 保健予防課 予防担当**

**電話03-3847-9471**

**東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護担当**

**電話03-5320-4473**

### ● マイナンバーの確認について

マイナンバーの確認のための書類等については、二次元コードからホームページをご覧ください。

### ☆ 問合せ

**障害福祉課 区役所2階10番窓口**

**電話03-5246-1201 FAX 03-5246-1179**

