

4 手 当

心身障害者（難病）福祉手当（区制度）

対象者・内容

障 害 程 度	手当額	対象年齢
身体障害者手帳 1・2 級 愛の手帳 1・2・3 度 脳性まひ・進行性筋萎縮症（等級は問いません）	月額 15,500 円	20 歳以上 65 歳未満
身体障害者手帳 3 級 愛の手帳 4 度	月額 7,750 円	65 歳未満
難病（都の認定を受けている方）（→ 39 ページ） ※小児慢性疾患の方は上記の難病と対応する疾病の場合は対象となります。	月額 15,500 円	

受給できない方

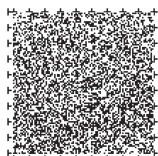
- （1）施設に入所している方（詳細はお問い合わせください）
 - （2）本人（20 歳未満は扶養義務者または配偶者）に一定以上の所得がある方（→ 137 ページ）
 - （3）65 歳以上の方
※過去に受給歴のある方・都内他自治体で同様の手当を受給していた転入者は、受給できることがあります。
 - （4）20 歳未満の方で、保護者が児童育成手当（障害手当）を受給している方
- 支給方法：2・5・8・11 月に金融機関の口座に振り込まれます。

申 請 必要なもの（※申請は郵送可）

- （1）身体障害者手帳、愛の手帳、難病医療券または東京都医療費助成対象者証明書
※難病の方は特定医療費支給認定申請書の写しでも可
- （2）印かん
- （3）受給者名義の預貯金通帳
- （4）マイナンバーカードまたはマイナンバーが記載された住民票
- （5）本人確認ができるもの

問合せ 障害者支援課障害者福祉係

☎ 03-3647-4952 FAX03-3647-4910



特別障害者手当（国制度）20歳以上の方

対象者 精神または身体に著しく重度の障害を有する為、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある、在宅の20歳以上の方。障害者手帳をお持ちでなくても、ご申請いただけます。障害程度の目安は、次のいずれかの通りです。

- (1) おおむね身体障害者手帳1・2級、愛の手帳1・2度程度の障害を有する方
 - (2) 上記と同等の疾病、精神障害の方
- 受給できない方

- (1) 施設に入所されている方（詳細はお問合せください）
- (2) 病院等に3か月を超えて継続入院している方
- (3) 本人または扶養義務者等に一定以上の所得のある方（→137ページ）

内 容 手当額：月額28,840円（令和6年度）
支給方法：2・5・8・11月に金融機関の口座に振り込まれます。

申 請 必要なもの（※申請は郵送可）
(1) 身体障害者手帳、愛の手帳または精神障害者保健福祉手帳（お持ちの方のみ）
(2) 受給者名義の預貯金通帳
(3) マイナンバーカードまたはマイナンバーが記載された住民票
(4) 所定の診断書（用紙は窓口にあります。）
(5) 年金証書及び年金振込通知書（年金を受けている方）
(6) 上記（1）をお持ちでない場合は本人確認ができるもの

問合せ 障害者支援課障害者福祉係
☎ 03-3647-4952 FAX03-3647-4910

障害児福祉手当（国制度）20歳未満の方

対象者 精神または身体に重度の障害を有する為、日常生活において常時の介護を必要とする状態にある、在宅の20歳未満の方。障害者手帳をお持ちでなくても、ご申請いただけます。障害程度の目安は、次のいずれかの通りです。

- (1) おおむね身体障害者手帳1級または2級程度の方
- (2) おおむね愛の手帳1度または2度程度の方
- (3) 上記（1）（2）と同等の疾病、精神障害の方

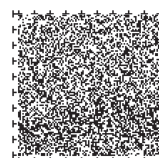
受給できない方

- (1) 施設に入所されている方（詳細はお問合せください）
- (2) 障害を理由とする年金などを受けている方
- (3) 本人または扶養義務者に一定以上の所得のある方（→137ページ）

内 容 手当額：月額15,690円（令和6年度）
支給方法：2・5・8・11月に金融機関の口座に振り込まれます。

申 請 必要なもの（※申請は郵送可）
(1) 身体障害者手帳、愛の手帳または精神障害者保健福祉手帳（お持ちの方のみ）
(2) 印かん
(3) 受給者名義の預貯金通帳
(4) マイナンバーカードまたはマイナンバーが記載された住民票
(5) 所定の診断書（用紙は窓口にあります。）
(6) 上記（1）をお持ちでない場合は本人確認ができるもの

問合せ 障害者支援課障害者福祉係
☎ 03-3647-4952 FAX03-3647-4910

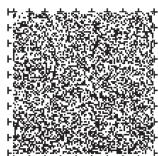


重度心身障害者手当（都制度）

- 対象者** 新規申請時に 65 歳未満で、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方で、次のいずれかにあてはまる方
- (1) 1 号—重度の知的障害（愛の手帳 1・2 度相当）であって、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) 2 号—重度の知的障害（愛の手帳 1・2 度相当）であって、身体の障害が身体障害者手帳 2 級程度以上の障害を有する方
 - (3) 3 号—重度の肢体不自由であって、両上肢及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
- 受給できない方
- (1) 施設に入所している方（詳細はお問合せください）
 - (2) 病院に 3 か月を超えて入院している方
 - (3) 本人（20 歳未満は扶養義務者）に一定以上の所得のある方（→ 137 ページ）
- ※ 65 歳以上の方は新規申請できません。
- 内 容** 手当額：月額 60,000 円
支給方法：毎月金融機関の口座に振り込まれます。
- 申 請** 必要なもの（※申請は郵送可）
- (1) 身体障害者手帳または愛の手帳（お持ちの方のみ）
 - (2) 印かん
 - (3) マイナンバーカードまたはマイナンバーが記載された住民票
 - (4) 区外から転入の場合は所得証明書（20 歳未満の場合は扶養義務者のもの）
- 11 月～ 12 月申請は前年所得、1 月～ 10 月申請は前々年所得
後日、東京都心身障害者福祉センターで判定を行います。（出張判定もあります。）
- 問合せ** 障害者支援課障害者福祉係
☎ 03-3647-4952 FAX03-3647-4910

特別児童扶養手当（国制度）

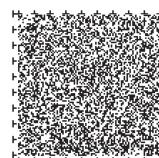
- 対象者** 次のいずれかにあてはまる 20 歳未満の児童を養育している方
- (1) おおむね身体障害者手帳 1～3 級程度の児童
 - (2) おおむね愛の手帳 1～3 度程度の児童
 - (3) 長期間安静を要する病状または精神の障害により日常生活に著しい制限を受ける児童
- 対象外の方
- (1) 一定以上の所得がある方（→ 137 ページ）
（所得制限基準額を超えているときには、資格認定のみ）
 - (2) 児童が施設等に入所している方（通園施設を除く）
 - (3) 児童が障害を事由とする公的年金を受給可能な方
- 支給開始月：申請が受理された月の翌月分から
- 内 容** 手当額：
- 重度（身体障害者手帳 1・2 級、愛の手帳 1・2 度程度）1 人につき月額 55,350 円（令和 6 年度）
- 中度（身体障害者手帳 3 級、愛の手帳 3 度程度）1 人につき月額 36,860 円（令和 6 年度）



- 申 請** 申請者：児童の父母のうち所得の高い方
必要なもの
（１）戸籍謄本（申請者および児童）
（２）特別児童扶養手当申請用の診断書（用紙は窓口にあります。）
※障害者手帳をお持ちの場合には、診断書を省略できる場合があります。
（３）申請者名義の預貯金通帳
※その他の書類が必要になる場合がありますので、お問い合わせください。
- 問合せ** こども家庭支援課給付係
☎ 03-3647-4754 FAX03-3647-9196

児童扶養手当（国制度）

- 対象者** 次のいずれかにあてはまる 18 歳に達した年度の末日までの児童（20 歳未満で中度以上の障害を有する児童を含む）を養育している方
対象となる児童
（１）父母が離婚
（２）母が未婚で出生
（３）父または母が死亡・生死不明
（４）父または母に 1 年以上遺棄されている
（５）父または母が裁判所からの DV 保護命令を受けている
（６）父または母が 1 年以上拘禁されている
（７）父または母に重度の障害がある（※障害についてはお問い合わせください。）
対象外の方
（１）一定以上の所得がある方（→ 137 ページ）
（所得制限基準額を超えているときには、資格認定のみ）
（２）児童が施設等に入所している方（通園施設を除く）
（３）児童が里親に委託されている方
（４）事実上の配偶者がいる方等（対象（７）は除く）
- 内 容** 手当額（令和 6 年度）：
児童 1 人のとき月額 45,500 円（一部支給 45,490 円～ 10,740 円）
児童 2 人のとき月額 10,750 円加算（一部支給 10,740 円～ 5,380 円）
児童 3 人以上は 1 人につき月額 6,450 円加算（一部支給 6,440 円～ 3,230 円）
※公的年金給付等を受給できるときは年金給付額より児童扶養手当の手当額が高い場合に、その差額分が支給されます。
支給開始月：申請が受理された月の翌月分から
- 申 請** 必要なもの
（１）戸籍謄本（申請者および児童）
（２）申請者名義の預貯金通帳
（３）障害年金 1 級の決定通知、身体障害者手帳（内容および等級による）、
所定の診断書（父または母に重度の障害がある場合）のいずれか
※その他の書類が必要になる場合がありますので、お問い合わせください。
- 問合せ** こども家庭支援課給付係
☎ 03-3647-4754 FAX03-3647-9196



児童育成手当（障害手当）

対象者 次のいずれかにあてはまる 20 歳未満の児童を養育している方

- (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) 脳性まひ、進行性筋委縮症の児童

対象外の方

- (1) 一定以上の所得がある方（→ 137 ページ）
- (2) 児童が施設等に入所している方（通園施設を除く）

内 容 手当額：児童 1 人につき月額 15,500 円
支給開始月：申請が受理された月の翌月分から

申 請 申請者：児童の父母のうち所得の高い方
必要なもの

- (1) 身体障害者手帳または愛の手帳

※障害者手帳がない場合でも特別児童扶養手当の認定状況により該当となる場合があります。

- (2) 申請者名義の預貯金通帳

※その他の書類が必要になる場合がありますので、お問い合わせください。

問合せ こども家庭支援課給付係

☎ 03-3647-4754 FAX03-3647-9196

児童育成手当（育成手当）

対象者 次のいずれかにあてはまる（注 1）18 歳に達した年度の末日までの児童を養育している方

（注 1）：対象となる児童は、児童扶養手当と同様です。（→ 33 ページ）

対象外の方

- (1) 一定以上の所得のある方（→ 137 ページ）
- (2) 児童が施設等に入所している方（通園施設を除く）
- (3) 児童が里親に委託されている方
- (4) 事実上の配偶者がいる方等（対象（7）は除く）

内 容 手当額：児童 1 人につき月額 13,500 円
支給開始月：申請が受理された月の翌月分から

申 請 必要なもの

- (1) 戸籍謄本（申請者および児童）

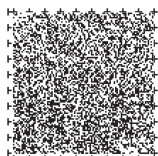
- (2) 申請者名義の預貯金通帳

- (3) 身体障害者手帳または所定の診断書（父または母に重度の障害がある場合）

※その他の書類が必要になる場合がありますので、お問い合わせください。

問合せ こども家庭支援課給付係

☎ 03-3647-4754 FAX03-3647-9196



重度心身障害者特別給付金

対象者 次のすべてにあてはまる方

- (1) 特別永住者または特別永住者で帰化した方もしくは特別永住者に準ずる方
- (2) 江東区に外国人登録もしくは住民登録を行った日から引き続き2年を経過している方
- (3) 重度心身障害者で、次のいずれかをお持ちの方
 - ①身体障害者手帳1級または2級
 - ②愛の手帳1度または2度
 - ③精神障害者保健福祉手帳1級または2級
- (4) 障害基礎年金の受給資格を有さない方で、昭和57年1月1日前に満20歳に達しており、次の①または②のどちらかの条件の方
 - ①昭和57年1月1日前に重度心身障害者であった方
 - ②昭和57年1月1日以後に重度心身障害者となった方で、認定された障害の初診日が、満20歳に達する日以後で、かつ昭和57年1月1日前である
- (5) 生活保護を受けていない方
- (6) 公的年金を受給していない方
- (7) 本人の前年の所得が基準額を超えていない方

給付額：月額30,000円

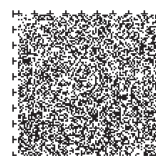
内 容 国民年金制度上、障害基礎年金等を受けることができない在日外国人等（特別永住者又は特別永住者から帰化した方等）の方に給付金が支給されます。

申 請 必要なもの

- (1) 障害者手帳
- (2) 特別永住者証明書
- (3) 本人名義の預貯金通帳
- (4) 印かん

問合せ 医療保険課庶務係

☎ 03-3647-3166 FAX03-3647-8443



心身障害者扶養共済制度（東京都）

対象者 次のすべてにあてはまる方

(1) 現に次の障害のある方の保護者であること

①身体障害者（1 級～3 級）

②知的障害者

③精神または身体に永続的な障害があり、その程度が上記①または②と同程度と認められる方（精神疾患、脳性まひ、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など）

(2) 東京都内に住所があること

(3) 加入年度の初日（4 月 1 日）の年齢が 65 歳未満

(4) 特別な疾病や障害がなく保険契約の対象となる健康状態であること

障害者 1 人に対して 1 人の保護者のみ加入できます。

内 容 障害者の保護者が死亡等の状態になったとき、障害者に終身一定額の年金が支給される任意加入の制度です。区は受付窓口を担当し、都が給付事務を行います。

掛金：加入者（保護者）の加入時年齢により異なります。

加入口数：障害者 1 人につき、2 口まで

月額掛金（令和 6 年 4 月 1 日現在）

保護者の加入時年齢	月額（1 口）	保護者の加入時年齢	月額（1 口）
35 歳未満	9,300 円	50 歳以上 55 歳未満	18,800 円
35 歳以上 40 歳未満	11,400 円	55 歳以上 60 歳未満	20,700 円
40 歳以上 45 歳未満	14,300 円	60 歳以上 65 歳未満	23,300 円
45 歳以上 50 歳未満	17,300 円		

※次のいずれかにあてはまるときは、申請により 1 口目の掛金を 2 分の 1 に減額します。

(1) 加入者の住民税が非課税の場合

(2) 加入期間が 20 年以上となったとき

※次の 2 つの要件を両方とも満たした以後の加入月から掛金を納める必要はありません。

(1) 年度初日（4 月 1 日）の加入者（保護者）の年齢が 65 歳となったとき

(2) 加入期間が 20 年以上となったとき

※掛金を 2 か月滞納すると、脱退扱いになり、一時金の支払いもありません。

年金額：1 口につき月額 20,000 円が障害者に終身支給されます。

申 請 必要なもの（※申請は郵送可）

(1) 印かん

(2) 障害を証明するもの（障害者手帳等）

(3) 加入者が障害者を扶養していることが確認できるもの（健康保険証、源泉徴収票、税証明等）

(4) 加入者、障害者及び年金管理者が記載されている世帯全員の住民票

問合せ 障害者支援課障害者福祉係

☎ 03-3647-4952 FAX03-3647-4910

