

在宅障がい者同居世帯に係る保育料等の軽減について

●在宅障がい者の申告が不要な場合

- 市町村民税非課税世帯またはひとり親世帯
- 第3子軽減の対象
- 保育を必要とする事由が「疾病・障がい」であり、既に障害者手帳の写しを提出している

●在宅障がい者の申告が必要な場合

次の(1)と(2) 両方に該当する場合は、保育料等が軽減になります。

裏面の『在宅障がい者同居世帯状況申告書』に必要書類を添付して、保育所幼稚園課^{②④}番窓口
提出してください。

(1) 本人または同居する家族が在宅障がい者

在宅障がい者について

次のいずれかに該当する場合で、在宅の人
(障害者支援施設等に入所または医療機関等に入院している場合は、対象外です。)

- ① 身体障害者手帳の交付を受けている。
- ② 療育手帳の交付を受けている。
- ③ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。
- ④ 特別児童扶養手当の支給対象児童である。
- ⑤ 国民年金の障害基礎年金の受給者である。

(2) 市町村民税所得割課税額が77,101円未満の世帯

4月から8月までの保育料等の軽減・・・令和5年度の市町村民税所得割課税額が基準

9月から3月までの保育料等の軽減・・・令和6年度の市町村民税所得割課税額が基準

○該当する場合の保育料等の軽減

クラス 年齢	0～2歳児クラス	3～5歳児クラス
軽減内容	保育料：減額または無料	副食費(給食費のうちおかず代)：免除
適用期間	令和6年4月～令和7年3月	
留意事項	年度の途中で在宅障がい者同居世帯になった場合は、 <u>対象月の翌月</u> から適用。	令和6年4月以降に申告があった場合は、 <u>申告日の翌月</u> から適用。

問い合わせ先：松江市こども子育て部保育所幼稚園課認定入所係 電話：0852-55-5312

この申告書は、該当の方のみ松江市役所保育所幼稚園課に提出してください。

令和6年度用

令和 年 月 日

在宅障がい者同居世帯状況申告書

(あて先)松江市長

住 所

保護者 氏 名

印

電話番号

※ 自署の場合は押印不要です。

同居する家族(同一世帯に属する者)が在宅障がい者に該当するので、下記のとおり申告します。
なお、申告した者が在宅障がい者でなくなった場合は、速やかに申し出ます。

記

1 軽減制度の対象となる子ども

フリガナ 氏 名	生年月日	在籍施設
	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	

2 申告する在宅障がい者

フリガナ 氏 名		子どもとの 続 柄	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
該当事由 (該当する事由の番号に○)	1. 身体障害者手帳の交付を受けている。 2. 療育手帳の交付を受けている。 3. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 4. 特別児童扶養手当の支給対象児童である。 5. 国民年金の障害基礎年金の受給者である。		
フリガナ 氏 名		子どもとの 続 柄	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
該当事由 (該当する事由の番号に○)	1. 身体障害者手帳の交付を受けている。 2. 療育手帳の交付を受けている。 3. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 4. 特別児童扶養手当の支給対象児童である。 5. 国民年金の障害基礎年金の受給者である。		

備考

申告する在宅障がい者の障害者手帳等の写しを添付してください。