

# 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、既に障がい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④番窓口に提出してください。

### (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**

(障がい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 身体障がい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 精神障がい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 国民年金の障がい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**6**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**7**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 <b>7</b> 年4月～令和 <b>8</b> 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、 <b>対象月の翌月</b> から適用。	令和 <b>7</b> 年4月以降に申告があった場合は、 <b>申告日</b> の <b>翌月</b> から適用。

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7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ことども

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	こどもとの 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. 身体障がい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. 精神障がい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. 国民年金の障がい基礎年金の受給者である。	
フリガナ 氏名	こどもとの 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. 身体障がい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. 精神障がい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. 国民年金の障がい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がい者手帳等の写し、受給の分かるものを添付してください。