

同居の在宅障害児（者）のいる家庭の保育料及び副食費について

保育料及び副食費の算定対象となる世帯の所得割額が 77,101 円未満（生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯を除く）で、児童と同居の在宅障害児（者）がいる場合、保育料及び副食費が軽減されますので、下記の事項を記入してください。

利用（希望）施設名	
-----------	--

住 所	高崎市	
保 護 者 氏 名		
児 童 氏 名		
在宅障害児（者）氏名		児童との続柄
交付されているもの	該当する番号に○をつけてください。 1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳 4. 特別児童扶養手当認定通知書 5. 障害基礎年金証書	

※手帳等の写しの提出を求めることがあります。

在宅障害児（者）とは

1. 身体障害者福祉法第 15 条に定める身体障害者手帳の交付を受けた者
2. 療育手帳制度要綱に定める療育手帳の交付を受けた者
3. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条に定める精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者
4. 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に定める特別児童扶養手当の支給対象児
5. 国民年金法第三十条に定める国民年金の障害基礎年金等の受給者