

香川県療育手帳制度要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、知的障害者及び知的障害児に対する指導、相談、援助等を円滑に実施するために交付する療育手帳（以下「手帳」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(交付対象者)

第2条 手帳は、原則として香川県内に居住する者で、香川県障害福祉相談所（以下「相談所」という。）において知的障害であると判定された者（以下「知的障害者」という。）に対して知事が交付する。

(記載事項及び様式)

第3条 手帳の記載事項は、次のとおりとする。

- (1) 知的障害者の氏名、住所及び生年月日
 - (2) 障害の程度
 - (3) 保護者（親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で、知的障害者を現に監護する者をいう。以下同じ。）の氏名、住所及び知的障害者との続柄
 - (4) 交付番号及び当初交付年月日
 - (5) 判定年月日、判定機関及び次の判定年月
 - (6) 前各号に掲げる事項のほか、知事が特に必要と認める事項
- 2 手帳には知的障害者の写真を貼付するものとする。
- 3 手帳の様式は、様式1のとおりとする。

(障害の程度)

第4条 前条第1項第2号により手帳に記載する障害の程度は、次の4区分とする。

- 1 ①（最重度）
- 2 A（重 度）
- 3 ②（中 度）
- 4 B（軽 度）

(交付の申請)

第5条 手帳の交付を受けようとする者又はその保護者は、交付申請書（様式2）を知事に提出しなければならない。

(交付)

第6条 知事は、前条の申請書を受理した場合は、相談所における判定に基づき、手帳を交付することが適当であると認めたときは、手帳を交付するものとする。

(再判定)

第7条 知事は、知的障害者の障害程度を確認するため、手帳交付時に再判定の時期を定め、手帳に記載するものとする。

2 手帳の交付を受けた者は、手帳に記載された再判定年月までに、再判定を受けなければならない。

3 手帳の交付を受けた者又はその保護者は、手帳交付後その障害程度に著しい変化が生じたときは、再判定を申請することができる。

4 前2項の規定による再判定の申請は、様式3により行う。

5 第6条の規定は、前項の申請について、準用する。

(記載事項の変更)

第8条 手帳の交付を受けた者又はその保護者は、第3条第1項第1号、第3号及び第6号に規定する手帳の記載事項に変更が生じたときは、その旨を知事に届け出なければならない。

(再交付の申請)

第9条 手帳の交付を受けた者又はその保護者は、手帳を紛失し、又は汚損したときは、手帳の再交付を様式2により申請することができる。

2 知事は、前項の申請を受理した場合において、手帳を再交付することが適当であると認めるときは、手帳を再交付するものとする。

3 手帳の再交付を受けた者は、亡失した手帳を発見したときは、速やかに、これを知事に返還しなければならない。

(手帳の返還)

第10条 手帳の交付を受けた知的障害者が死亡したとき、再判定の結果知的障害と認められなかったときその他手帳を必要としなくなったときは、当該手帳を所持する者は、速やかに手帳を知事に返還しなければならない。

2 知事は、手帳の交付を受けた者が正当な理由がなく、第7条第2項に規定する再判定を拒んだときは、手帳を返還させることができる。

(譲渡等の禁止)

第11条 手帳の交付を受けた者は、手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。

(市町の経由)

第12条 手帳に係る申請（再判定に係るものを除く。）及び届出並びに手帳の返還は、知的障害者の居住地の市福祉事務所長又は町長を経由するものとする。

2 知事が申請に基づき手帳を交付する場合には、当該申請を受理した市福祉事務所長又は町長（再判定による手帳の交付については、再判定を受けようとする者の居住地の市福祉事務所長又は町長）を経由するものとする。

附 則

この要綱は、昭和49年4月1日から適用する。

この要綱は、昭和51年4月1日から適用する。

この要綱は、平成11年4月1日から適用する。

この要綱は、平成12年4月1日から適用する。

この要綱は、平成14年4月1日から適用する。

この要綱は、平成15年4月1日から適用する。

この要綱は、平成18年4月1日から適用する。

この要綱は、平成24年4月1日から適用する。

この要綱は、平成27年5月1日から適用する。

この要綱は、平成30年4月1日から適用する。

この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

この要綱は、令和3年7月1日から適用する。

様式1 (第3条第3項関係)

<p style="text-align: center;">療育手帳 写真</p> <p style="text-align: center;">香川県 障害程度 旅客鉄道株 式会社旅客 運賃減額 航空割引</p> <p style="text-align: center;">氏名 香川県</p>	<p style="text-align: center;">本人の欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 援護の実施市町 現住所 </td> <td style="width: 50%;"> 住所 </td> </tr> <tr> <td> 現住所 変更年月日 現住所 委託年月日 現住所 福祉事務所の長 又は町長の印 </td> <td> 住所 福祉事務所の長 又は町長の印 </td> </tr> </table> <p> 判定年月日 次の判定年月 判定機関 当初交付年月日 </p>	援護の実施市町 現住所	住所	現住所 変更年月日 現住所 委託年月日 現住所 福祉事務所の長 又は町長の印	住所 福祉事務所の長 又は町長の印	<p style="text-align: center;">保護者の欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 30%;">住所</td> <td style="width: 30%;">続柄</td> </tr> <tr> <td>連絡先(TEL)</td> <td>現住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>住所</td> <td>続柄</td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td>保護者 となった 年月日</td> <td>福祉事務所の長 又は町長の印</td> </tr> </table>	氏名	住所	続柄	連絡先(TEL)	現住所		氏名	住所	続柄	現住所	保護者 となった 年月日	福祉事務所の長 又は町長の印
援護の実施市町 現住所	住所																	
現住所 変更年月日 現住所 委託年月日 現住所 福祉事務所の長 又は町長の印	住所 福祉事務所の長 又は町長の印																	
氏名	住所	続柄																
連絡先(TEL)	現住所																	
氏名	住所	続柄																
現住所	保護者 となった 年月日	福祉事務所の長 又は町長の印																
<p style="text-align: center;">療育手帳についてのお問い合わせは 〒761-8057 高松市田村町1114 香川県障害福祉相談所 TEL087-867-2696</p> <p style="text-align: center;">あるいは、住んでいる所の市福祉事 務所または町役場まで</p> <p style="text-align: center;">障害福祉情報を掲載しています。 香川県障害福祉課ホームページURL http://www.pref.kagawa.jp/ shogaihukushi/fukushijoho-hp/</p>																		
<p style="text-align: center;">注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この手帳は、なくさないように大切に お持ちください。 2 相談所、市福祉事務所、または町役場、 病院などへ相談や治療に行くときは、 必ずお持ちください。 3 手帳に書かれている内容に変更があっ たときは、すぐに市福祉事務所または 町役場に届け出てください。 4 電車、バス、飛行機などの交通機関を 割引運賃で使う場合には、切符を買う ときにこの手帳を提示して、乗車中も この手帳をお持ちください。 5 手帳に書かれている「次の判定年月」 までに障害福祉相談所の判定を受けて ください。判定を受けないと手帳が使 えなくなることがあります。 																		
<p>証明欄 (有料道路通行割引・自動車諸税等)</p>																		

※写真は申請前1年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く）、上半身を撮影した縦4cm×横3cmのものを添付してください。

様式2 (第5条関係)

市福祉事務所・ 町受付	県 受 付

療育手帳交付申請書
新規・再交付
亡失汚損その他

年 月 日

香川県知事 殿

申請者氏名

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

本人	ふりがな												
	氏名												
	生年月日	年			月			日					
	住所												
	個人番号												
	電話番号												
保護者	ふりがな									続柄			
	氏名												
	生年月日	年			月			日					
	住所												
	電話番号												

- 注 1 申請者氏名は、療育手帳を受けようとする本人が 18 歳未満の場合は保護者氏名を、18 歳以上の場合は本人又は保護者氏名を御記入ください。
- 2 本人の写真（申請前 1 年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く）、上半身を撮影した縦 4 cm×横 3 cmのもの）を添付してください。
- 3 療育手帳には、保護者の電話番号が記載されます。ただし、保護者の電話番号が記載されていない場合、本人の電話番号が記載されます。

市 町 確 認 欄	N)	A)	B)	S)
障 害 福 祉 相 談 所 確 認 欄	C)	U)	F)	S)
再交付	記載事項の変更			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本人： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 保護者： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 その他： <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 保護者なしに変更		
援護の実施 市町の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→)			

療育手帳再判定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者氏名

既に交付された療育手帳について、再判定を受けたいので次により申請します。

本人	ふりがな												
	氏名												
	生年月日	年			月			日					
	住所												
	個人番号												
	電話番号												
保護者	ふりがな									続柄			
	氏名												
	生年月日	年			月			日					
	住所												
	電話番号												
障害の程度	障害の程度												
	判定年月日	年			月			日					
	次の判定年月	年			月								

- 注 1 申請者氏名は、療育手帳を受けようとする本人が18歳未満の場合は保護者氏名を、18歳以上の場合は再判定を受けようとする本人又は保護者氏名を御記入ください。
- 2 本人の写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く）、上半身を撮影した縦4cm×横3cmのもの）を添付してください。
- 3 療育手帳には、保護者の電話番号が記載されます。ただし、保護者の電話番号が記載されていない場合、本人の電話番号が記載されます。

障害福祉相談所確認欄	C) U) F) S)
記載事項の変更	<input type="checkbox"/> なし 本人： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 保護者： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 その他： <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 保護者なしに変更 <input type="checkbox"/> あり
援護の実施 市の町の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→)

