

千葉県療育手帳制度実施要綱

全部改正 昭和 62 年 1 月 6 日障第 329 号
一部改正 平成元年 1 月 9 日障第 440 号
一部改正 平成 11 年 3 月 30 日障第 846 号
一部改正 平成 12 年 3 月 17 日障第 787 号
一部改正 平成 15 年 4 月 1 日障第 347 号
一部改正 平成 19 年 11 月 30 日障第 5037 号
一部改正 平成 20 年 5 月 30 日障第 594 号
一部改正 平成 25 年 4 月 1 日障第 3913 号
一部改正 平成 28 年 4 月 1 日障第 4835 号
一部改正 令和 4 年 9 月 20 日障推第 1573 号

(目的)

第 1 条 この制度は、知的障害児・者（以下「知的障害者」という。）に対して、一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、療育手帳（以下「手帳」という。）を交付し、もって知的障害者の福祉の増進に資することを目的とする。

(交付対象者)

第 2 条 手帳は、県内（千葉市を除く。）に住所又は居所を有する者で、県内の児童相談所又は障害者相談センターにおいて知的障害であると判定された者に対して交付する。

(実施主体)

第 3 条 この制度は、知事が市町村その他の関係機関の協力を得て実施する。

(手帳の記載事項)

第 4 条 手帳の主な記載事項は、次のとおりとする。

- (1) 知的障害者の氏名・住所・生年月日及び性別
- (2) 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等
- (3) 障害の程度及び判定年月日等

2 手帳の様式は別紙様式 1 とする。

(手帳の申請)

第5条 手帳の交付を受けようとする知的障害者又はその保護者は、療育手帳交付申請書(別紙様式2)に写真を添付して、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第19条の規定により介護給付費等の支給決定を行うこととなる市町村長(以下「市町村長」という。)を経由して知事に申請するものとする。

2 前項の申請書を受理した市町村長は、当該申請書に写真を添付し、知的障害者が満18歳未満の場合は、当該市町村を管轄する児童相談所長(児童福祉法により施設入所等の措置がされている場合は当該措置を行った児童相談所長)を、知的障害者が満18歳以上の場合は、当該市町村を管轄する障害者相談センター所長を経由して知事に進達するものとする。

(判定機関等)

第6条 児童相談所長又は障害者相談センター所長(以下「所長」という。)は、交付対象者について判定を行い、判定結果を知事に報告するものとする。

(障害の程度の判定)

第7条 所長は、第5条の規定により申請書を受理したときは、知的障害者に対して別表の障害程度の基準により障害の程度に関する判定(以下「判定」という。)を行うとともに、判定後における障害の程度の確認(以下「再判定」という。)を必要と認める場合は、次の判定年月を指定するものとする。この場合における次の判定年月は、原則として判定後2年とするが、知的障害者の障害の状況等から2年未満又は2年を超える時期に再判定を行うことが適当と認めるときは、その時期を指定することができるものとする。

2 所長は、前項の規定により次の者に係る判定を行う場合は、当該結果を参考としてこれを行うことができるものとする。ただし、この場合における次の判定年月は、当該結果にかかわらず時期を別に指定しても差し支えないものとする。

(1) 児童相談所又は障害者相談センターにおいて既に同様の判定が行われている者

(2) 児童相談所又は障害者相談センター以外の機関において、特別児童扶養手当、特別障害者手当又は障害基礎年金の受給資格の認定を受けている者

(3) 本県以外の手帳の交付を受けている者で、申出書(別紙様式3)の提出があった者

(手帳の交付)

第8条 知事は、前条に規定する判定の結果、手帳の交付を決定したときは手帳を、又、

手帳の交付を非該当と決定したときは療育手帳非該当通知書（別紙様式4）を作成し、その結果を、別紙様式5により経由した市町村長に通知するものとする。

2 市町村長は、前項の規定により送付された手帳又は療育手帳非該当通知書について、記載内容等を確認のうえ申請者に交付するものとする。

（再判定）

第9条 手帳所持者又はその保護者は、次の判定年月が指定されている場合は、当該指定された期日までに再判定を受けなければならない。

2 再判定を受けようとする手帳所持者又はその保護者は、療育手帳再判定申請書（別紙様式2）により、第5条に規定する手帳の申請の手続きに準じ申請するものとする。

3 知事は、前項の規定により申請書を受理したときは、第6条及び第7条の規定に準じ再判定を行うものとする。

4 知事は、前項に規定する再判定の結果、手帳の交付を決定したときは手帳を、又、手帳の交付を非該当と決定したときは療育手帳非該当通知書を作成し、その結果を、別紙様式6により経由した市町村長に通知するものとする。

5 市町村長は、前項の規定により送付された手帳又は療育手帳非該当通知書について、記載内容等を確認のうえ申請者に交付するとともに、申請者が所持している再判定前の手帳を回収し、判定機関に送付するものとする。

（記載事項の変更）

第10条 手帳所持者又はその保護者は、次の事項に変更があったときは、療育手帳記載事項変更届（別紙様式7）に手帳を添付し、市町村長を経由して知事に届け出るものとする。

（1）手帳の交付を受けた知的障害者の氏名又は住所

（2）保護者又は保護者の氏名若しくは住所

2 市町村長は、前項の届出を受理したときは、当該事項を公簿にて確認のうえ、手帳の記載事項を訂正し、訂正箇所には訂正印を押印のうえ、当該手帳を届出者に返付するものとする。

3 市町村長は、前項の記載事項の訂正を行ったときは、当該届出書を、満18歳未満の場合は、当該市町村を管轄する児童相談所長（児童福祉法により施設入所等の措置がされている場合は当該措置を行った児童相談所長）を、知的障害者が満18歳以上の場合は、当該市町村を管轄する障害者相談センター所長を経由して知事に進達するとともに、

当該変更が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第19条の規定により介護給付費等の支給決定を行うこととなる市町村の変更を伴うものであるときは、併せて変更前の市町村長に当該届出の写しを送付するものとする。

（手帳の再交付）

第11条 手帳所持者又はその保護者は、次の事項が生じたときは、療育手帳再交付申請書（別紙様式2）に写真を添付して、第5条に規定する手帳の申請の手続きに準じ申請するものとする。

- （1）手帳を紛失したとき
- （2）手帳が破損したとき
- （3）その他再交付を必要とするとき

2 知事は、前項の申請書を受理したときは、当該知的障害者の判定結果等をもとに手帳を作成し、当該手帳を、別紙様式8により経由した市町村長に送付するものとする。

3 市町村長は、前項の規定により送付された手帳について、記載内容等を確認のうえ、申請者に再交付するとともに、第1項（2）、（3）の場合は申請者が所持している再交付前の手帳を回収し、判定機関に送付するものとする。

（手帳の返還）

第12条 手帳所持者又はその保護者は、次の事項が生じたとき、療育手帳返還届（別紙様式9）に手帳を添付し、第5条に規定する手帳の申請の手続きに準じ返還するものとする。

なお、（1）については、返還届を省略することができる。

- （1）再判定の結果、手帳交付について非該当となったとき
- （2）手帳の交付を受けた者が死亡したとき
- （3）本県以外の手帳の交付を受けたとき
- （4）その他、手帳を必要としなくなったとき

（手帳の廃棄）

第13条 所長は、第9条第5項、第11条第3項及び前条により手帳を回収したときは適切な方法により廃棄するものとする。

（交付台帳の作成等）

第14条 知事は、療育手帳交付台帳（別紙様式10）を作成するものとする。

なお、療育手帳交付台帳は、台帳として必要な事項を磁気記録等により保存され、必要あるときに提示できる場合は、これを作成したものとみなす。

- 2 所長は、手帳に関する必要な事項を児童記録票又は指導記録票に記録するものとする。
- 3 市町村長は、手帳の申請及び交付に関する必要な事項を申請決定経由簿（別紙様式 11）に記録するものとする。

（その他）

第15条 この要綱に規定するもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、別に定めるところによるものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、昭和62年2月1日から施行する。
昭和56年5月30日付け障第106号「療育手帳制度実施要綱」については廃止する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成元年1月8日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成19年12月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成20年5月30日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行前に調製した用紙については、当分の間所要の訂正をして使用することができるものとする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

別表

障害程度の基準

障害程度		判定の基準
最重度	㊶	知能指数がおおむね20以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。
重度	Aの1	知能指数がおおむね21以上35以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。
	Aの2	知能指数がおおむね36以上50以下の者で視覚障害、聴覚障害、肢体不自由を有し、身体障害者福祉法に基づく障害等級が1級、2級または3級の手帳を所持しており、日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者。
中度	Bの1	上記以外の者で、知能指数がおおむね36以上50以下の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。
軽度	Bの2	知能指数がおおむね51以上75程度の者で日常生活において介助を必要とする程度の状態にある者。

※ただし、障害者相談センターにおける最重度の取扱いは下表による。

最重度	㊶の1	知能指数がおおむね20以下の者で日常生活において常時特別の介助を必要とする程度の状態にある者。
	㊶の2	知能指数がおおむね20以下の者で日常生活において常時の介助を必要とする程度の状態にある者で、㊶の1以外の者。

別紙様式1

(表面)

	療 育 手 帳	第	号
ベスト半截写真	氏 名 生年月日		
千 葉 県			

(裏面)

障害程度	航空割引
(身体障害)	本人
旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額	第 種知的障害
判定年月日	
次の判定年月	
判定機関	

本人	住 所	
保 護 者	氏 名	続 柄
	住 所	
連絡先		

備考	
----	--

裏面にお知らせがあります。

- 教 示
- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、千葉県知事に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
 - 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、千葉県を被告として(訴訟において千葉県を代表する者は千葉県知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

別紙様式2

療育手帳 交付 再判定 申請書
再交付

年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

申請者 住所 _____

氏名 _____

療育手帳の〔 交付・再判定・再交付 〕を受けたいので申請します。

本人	フリガナ 氏名					男 女	生年 月日	年 月 日生 () 歳			
	住所	〒 ー				電話 (ー ー)					
	個人番号										
保護者	フリガナ 氏名				続柄	生年 月日	年 月 日生 () 歳				
	住所	〒 ー				電話 (ー ー)					
<p>(療育手帳所持者のみ記入) 手帳番号：第 _____ 号 交付年月日：_____ 年 月 日 前回の判定年月：_____ 年 月 障害の程度：_____ 判定機関：_____ 児童相談所・_____ 障害者相談センター ※ 千葉県以外で手帳の交付を受けた人は、申出書の提出により判定を省略できる場合があります。</p>											
<p>(再交付申請の場合記入) 再交付の理由：〔 ①紛失 ②破損 ③その他 (_____) 〕</p>											
<p>(手帳以外の相談状況) ※本人が18歳未満の方のみ記入してください。 1 _____ 児童相談所で_____ 年 _____ 月ごろ、判定を受けたことがある。 2 障害児・者等施設に〔 入所・通所 〕をしている。 施設名：_____ 措置機関：_____ 児童相談所 3 特別児童扶養手当〔 1級・2級 〕を受給している。</p>											

※添付するもの…写真1枚(サイズ:縦4cm×横3cm)脱帽して上半身を写したものの(申請者の申出により、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分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。)写真の裏には、市町村名、氏名、生年月日を記載してください。

注意事項

- 申請書氏名は手帳の交付等を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 当該欄に必要事項を記入し、〔 〕内は該当の項目を○で囲んでください。

別紙様式3

申 出 書

年 月 日

児童相談所長
様
障害者相談センター所長

〒 ー

申出者 住所 _____

氏名 _____

療育手帳に関わる判定が、既に下記の判定機関で行われています。できるだけそのときの判定資料を活用して千葉県の療育手帳の交付を行ってください。

なお、取り寄せた判定資料だけでは判定できない場合は、貴所の判定を受けます。

記

都道府県・政令市名	
判定機関	
判定年月日	年 月 日

本人氏名	
生年月日	年 月 日
旧住所地	

※記入上の注意事項

申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一人で、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方となります。

療育手帳非該当通知書

第 号の
年 月 日

様

千葉県知事

印

先に申請のあった療育手帳の交付について、下記の者は障害の程度が基準に適合しないため非該当と決定したので通知します。

記

- 1 本人氏名
- 2 非該当理由

教 示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、千葉県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、千葉県を被告として（訴訟において千葉県を代表する者は千葉県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

届出者 住所 _____

氏名 _____

療育手帳の記載内容が変更になるので、下記のとおり届け出ます。

記

(現在所持している療育手帳の内容)	
フリガナ	
本人氏名 _____	生年月日 _____年__月__日生 (____歳)
手帳番号 第_____号	交付年月日 _____年__月__日
判定機関 _____	児童相談所・_____障害者相談センター

障害児・者施設へ入所（通所）している場合記入してください。
施設名 _____

変更事項（変更になる項目だけ記入してください。）

		変 更 前	変 更 後
本 人	フリガナ 氏名		
	住所	〒 ー 電話 (ー ー)	〒 ー 電話 (ー ー)
保 護 者	フリガナ 氏名		
	住所	〒 ー 電話 (ー ー)	〒 ー 電話 (ー ー)
変更年月日		年 月 日	
変更理由			

注意事項

届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

別紙様式9

療育手帳返還届

年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

届出者 住所 _____

氏名 _____

下記のとおり療育手帳を返還します。

記

(返還する療育手帳の内容)

フリガナ

本人氏名 _____ 生年月日 _____年____月____日生 (____歳)

手帳番号 第_____号 交付年月日 _____年____月____日

判定機関 _____児童相談所・ _____障害者相談センター

(手帳を返還する理由) 該当する項目の番号を○で囲んでください。

- 1 千葉県以外の手帳の交付を受けたため
- 2 本人が死亡 (_____年____月____日) したため
- 3 その他 (_____)

注意事項

- 1 届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 _____部に必要事項を記入してください。

療育手帳交付台帳

手帳番号 交付年月日	障害者氏名	性別	生年月日 個人番号	電話番号 住所	障害程度 (等級)	判定年月日 次期判定年月	相談所名 市町村名 施設名	備考
	保護者氏名	続柄	生年月日	保護者住所	旅客運賃割引の種別			
					交付理由			
第 号 年 月 日								
第 号 年 月 日								
第 号 年 月 日								
第 号 年 月 日								
第 号 年 月 日								

