

香川県療育手帳実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、「療育手帳制度要綱」(以下「要綱」という。)に定める療育手帳(以下「手帳」という。)の交付に関する事務の取扱いについて定めるものとする。

(療育手帳の交付事務)

第2条 手帳の交付に係る事務は、香川県障害福祉相談所において行うものとする。

(障害程度の判定)

第3条 知的障害との判定は、次の各号のいずれにも該当する者について行う。

- (1) 標準化された個別式知能検査で知能指数が75以下の者であること。
- (2) 知的機能の障害が18歳までの発達期に発生した者であること。

2 要綱第4条に定める障害程度の区分判定は、次の基準によるものとする。

区分	表示	判定基準
最重度	㊶	精神発達面の障害が、おおむねIQ20以下であるか、おおむねIQ35以下であっても精神障害又は身体障害を合併して有するため、日常生活において顕著な異常行動がある等、常時特別の介護を要する程度のもの。
重度	A	精神発達面の障害が、おおむねIQ35以下であるか、おおむねIQ50以下であっても精神障害又は身体障害を合併して有するため、日常生活において常時介護を要する程度のもの。
中度	㊷	精神発達面の障害が、おおむねIQ50以下であり、日常生活において常時指導を要する程度のもの。
軽度	B	精神発達面の障害が、IQ75以下であり、日常生活において時に指導を要する程度のもの。

(手帳の申請手続)

第4条 要綱第5条に定める手帳の申請書を受理した市福祉事務所長又は町長(以下「市町」という。)は、調査票(第1号様式)を作成し、これを添えて申請書を香川県障害福祉相談所長(以下「相談所長」という。)へ送付する。

2 県外からの転入を伴う場合は、申請者は申出書(第2号様式)を提出して旧住所地における判定資料の活用を求めることができる。

(手帳の交付)

第5条 前条第1項の送付を受けた相談所長は、療育手帳の交付を受けようとする者について知的障害の有無及び障害の程度を判定するとともに、その結果を知事に進達する。

- 2 知事は、前項の判定により知的障害があると判定された者について、手帳を作成し、市町に送付する。
- 3 知事は、第1項の判定の結果、知的障害に該当しないと判定されたときは、第3号様式を申請者に交付し、その旨を市町に通知する。
- 4 第2項による手帳の送付を受けた市町は、これを申請者に交付する。

(再判定)

第6条 要綱第7条に定める再判定の時期は、別途定める。

- 2 要綱第7条第2項又は第3項の規定による再判定に係る申請書は、相談所長に提出することとする。
- 3 相談所長は、前項の申請書の提出があったときは、療育手帳の再判定を受けようとする者について知的障害の有無及び障害の程度を判定するとともに、その結果について、知事に進達する。
- 4 前条第2項から第4項までの規定は、再判定による手帳の交付について、準用する。この場合において、同条第3項中「第3号様式」とあるのは、「第4号様式」とする。
- 5 市町は、再判定による手帳の交付については、旧手帳と引き換えに行うものとする。

(記載事項の変更)

第7条 要綱第8条の記載事項の変更の届出は、療育手帳記載事項変更届（第5号様式）により行う。

- 2 前項の届出を受理した市町は、届出に基づき療育手帳の記載事項を訂正し、これを返付するとともに、当該届出書を相談所長に送付するものとする。

(手帳の返還)

第8条 要綱第10条の手帳の返還は、再判定による手帳の交付の場合を除き、療育手帳返還届（第6号様式）に手帳を添えて行う。

- 2 手帳の交付を受けた知的障害者が県外に転出するときは、療育手帳県外転出届（第7号様式）を提出するものとする。

(療育手帳交付台帳等)

第9条 知事は、次の事項を記載した療育手帳交付台帳を作成する。

- (1) 交付番号及び当初交付年月日
- (2) 知的障害者の氏名、住所、生年月日及び性別
- (3) 障害の程度、判定年月日、判定機関及び次の判定年月
- (4) 保護者の氏名、住所等及び続柄
- (5) 再交付の年月日及び理由

- 2 知事は、手帳の交付を受けている者が、県外に住所を移したとき又は手帳の返還があったときは、交付台帳から削除する。
- 3 市町は、手帳の申請及び交付に関する記録簿を作成するものとする。なお、手帳の交付を受けた者が施設入所により他の市町に住所を移した場合においても、引き続き管轄市町として記録簿を管理する。

附 則

この要領は、昭和49年4月1日から施行する。

この要領は、昭和51年4月1日から施行する。

この要領は、平成11年4月1日から施行する。

この要領は、平成12年4月1日から施行する。

この要領は、平成14年4月1日から施行する。

この要領は、平成15年4月1日から施行する。

この要領は、平成18年4月1日から施行する。

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

この要領は、平成27年5月1日から施行する。

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

第 1 号様式

調 査 票

調査日 年 月 日

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	生 年	年 月 日	
氏 名				<input type="checkbox"/> 女	月 日		
住 所	〒					電話番号	
現 在 の 状 況	18 歳 未 満	学校名 ()	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 小 (普・特) <input type="checkbox"/> 中 (普・特)		()年	<input type="checkbox"/> 在宅	
	18 歳 以 上	<input type="checkbox"/> 就労 (職業)	<input type="checkbox"/> 施設利用中 (施設名)		<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名)		<input type="checkbox"/> 在宅
申請理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 障害児保育利用 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療利用 <input type="checkbox"/> (医師・教師・市町・友人) の勧め <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 特別支援学校進学 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> その他 ()						
原因・現症	診断名 ()			医療機関名 () 医 師 名 ()			
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体 ()種 ()級 障害名 ()				
			<input type="checkbox"/> 精神 ()級				
これまでの教育	小	() 小学校	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援 年～ 年				
	中	() 中学校	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 特別支援 年～ 年				
	高	() 高等学校 () 科 () 特別支援学校	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退				
	その他	() 学校	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退				
家 族 構 成	続 柄	氏 名	生 年 月 日		備 考		
備 考	不在時の連絡先						

※該当項目にチェック☑を入れ、あわせて具体的状況を記載してください。

第2号様式

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

申 出 書

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申 出 者 氏 名 ⑩

本人との続柄 ()

既に療育手帳の判定を行っている判定機関の資料を活用の上、判定を行ってください。

		現 在 の 手 帳 の 記 載 事 項
本 人 氏 名		
療 育 手 帳 番 号		
判 定 機 関	名 称	
	所 在 地	都 道 府 県 ・ 市
本 人 の 住 所		
保 護 者 氏 名		

- 注 1 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一人です。
2 申出者氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第 号
年 月 日

様

香 川 県 知 事



年 月 日付けで申請のありました療育手帳の交付については、下記の理由により、交付しないことに決定しました。

なお、この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、香川県知事に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合には、これ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月以内に、香川県を被告として提起することができます。

記

本人氏名

理 由

第 号
年 月 日

様

香 川 県 知 事



年 月 日付けで申請のありました療育手帳の再判定については、下記の理由により、療育手帳を交付しないことに決定しました。

現在交付している療育手帳につきましては、(市福祉事務所・ 町役場) へ返還してくださるようお願いします。

なお、この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、香川県知事に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(審査請求をした場合には、これ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月以内に、香川県を被告として提起することができます。

記

本人氏名

理 由

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所
氏名

印

次のとおり変更したので届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日	
記 載 事 項	新	旧
本 人	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
保 護 者	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
	電 話 番 号	
	続 柄	

- 注 1 「新」の欄は変更の有無にかかわらずすべて記入してください。
(変更事項については「旧」欄にも記入してください。)
- 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。
- 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。

※經由市町確認欄	
療 育 手 帳 番 号	香川県 第 号
変 更 事 項 (該 当 項 目 に <input checked="" type="checkbox"/>)	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 (→)

※障害福祉相談所確認欄	C)	U)	F)	S)
-------------	----	----	----	----

第6号様式

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

療 育 手 帳 返 還 届

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申出者 住所

氏名

印

次の理由により療育手帳を返還します。

本 人	氏 名	
	住 所	
保 護 者	氏 名	
	住 所	
療 育 手 帳 番 号	香 川 県 第 号	
返 還 の 理 由	<input type="checkbox"/> 死 亡 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 辞 退 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

※障害福祉相談所確認欄	C)	U)	F)	S)
-------------	----	----	----	----

第7号様式

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

療 育 手 帳 県 外 転 出 届

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申出者 住所

氏名

㊟

次のとおり県外転出したので届け出ます。

転 出 年 月 日	年 月 日	
記 載 事 項	新	旧
本 人	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
保 護 者	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
	電 話 番 号	
続 柄		

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

※經由市町確認欄	
療 育 手 帳 番 号	香 川 県 第 号
備 考	

※障害福祉相談所確認欄	C)	U)	F)	S)
-------------	----	----	----	----