

<参考>

○知的障害者療育手帳交付規則

昭和 49 年 8 月 1 日規則第 57 号

改正

昭和 61 年 3 月 31 日規則第 56 号

平成元年 3 月 31 日規則第 50 号

平成 3 年 11 月 29 日規則第 66 号

平成 6 年 3 月 31 日規則第 52 号

平成 11 年 3 月 31 日規則第 63 号

平成 14 年 3 月 29 日規則第 39 号

平成 18 年 3 月 31 日規則第 98 号

平成 21 年 3 月 31 日規則第 46 号

平成 27 年 3 月 13 日規則第 9 号

精神薄弱者療育手帳交付規則をここに公布する。

知的障害者療育手帳交付規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、知的障害者及び知的障害児（以下「知的障害者」という。）の指導、相談、援助等を円滑に実施するための療育手帳の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(療育手帳の交付の対象)

第 2 条 療育手帳（様式）は、次の各号のいずれかに該当する者であって、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に規定する児童相談所又は知的障害者福祉法（昭和 35 年法律第 37 号）に規定する知的障害者更生相談所（以下「相談所」という。）において知的障害者と判定されたものについて、本人又はその保護者（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ものをいう。以下同じ。）に交付するものとする。

(1) 県内に居住している者

(2) 県外の障害児入所施設（児童福祉法第 7 条第 1 項に規定する障害児入所施設をいう。）

又は指定発達支援医療機関（同法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する指定発達支援医療機関をいう。）に入所し、又は入院している者であって、県から同法第 24 条の 2 第 1 項若しくは第 24 条の 24 第 1 項の規定による障害児入所給付費の支給を受け、又は同法第 27 条第 1 項第 3 号若しくは第 2 項の規定による措置（同法第 31 条第 4 項の規定により同法第 27 条第 1 項第 3 号又は第 2 項に規定する措置とみなされる場合を含む。）が採られているもの

(3) 県外の特定施設（知的障害者福祉法第 9 条第 2 項に規定する特定施設をいう。）に入所している者であって、県内の市町村から同法に定める更生援護を受けているもの

(療育手帳の記載事項)

第 3 条 療育手帳の記載事項は、次のとおりとする。

(1) 知的障害者の氏名、住所、生年月日及び性別

(2) 障害の程度

(3) 保護者の氏名、住所、続柄等

(4) 指導、相談等の記録

(5) 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

(交付の申請)

第4条 療育手帳の交付を受けようとする者は、別に定める様式による療育手帳交付申請書を知事に提出しなければならない。

(療育手帳の交付)

第5条 知事は、前条の申請があった場合は、相談所の判定結果に基づいて内容を審査し、療育手帳の交付が適当と認めたときは、申請者に療育手帳を交付するものとする。

2 前項に規定する審査の結果、療育手帳の交付が適当でないと認めたときは、知事は、理由を付して、その旨を申請者に通知するものとする。

(交付後の障害の程度の確認)

第6条 療育手帳の交付を受けた者（以下「療育手帳所持者」という。）は、相談所において、原則として2年ごとに障害の程度の判定を受けなければならない。この場合において、保護者が療育手帳所持者であるときは、当該保護者は、その監護に係る知的障害者の障害の程度の判定を受けさせなければならない。

(記載事項の変更)

第7条 療育手帳所持者は、療育手帳に記載されている氏名又は住所に変更が生じたときは、当該変更の日から30日以内に、別に定める様式による療育手帳記載事項変更届に療育手帳を添えて市の区域内に居住する者にあつては当該市の福祉事務所の長（以下「市福祉事務所長」という。）に、町村の区域内に居住する者にあつては当該町村の長（以下「町村長」という。）に提出しなければならない。

2 市福祉事務所長又は町村長は、前項の規定により、療育手帳記載事項変更届の提出があったときは、療育手帳の記載事項を訂正した上、療育手帳所持者に返還するものとする。

(手帳の亡失等)

第8条 療育手帳所持者は、療育手帳を亡失し、若しくはき損し、又は療育手帳の記載欄に余白がなくなったときは、別に定める様式による療育手帳再交付申請書を知事に提出しなければならない。この場合において、き損し、又は記載欄に余白がなくなったときは、当該申請書に当該療育手帳を添えて提出しなければならない。

2 療育手帳所持者は、前項の規定により療育手帳再交付申請書を提出した後、亡失した療育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。

(譲渡等の禁止)

第9条 療育手帳所持者は、療育手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。

(療育手帳の返還等)

第10条 療育手帳所持者は、当該療育手帳に係る知的障害者が死亡し、その他療育手帳を必要としなくなったときは、速やかに当該療育手帳を添えて、別に定める様式による療育手帳返還届を知事に提出しなければならない。この場合において、知的障害者が療育手帳所持者であつて当該知的障害者が死亡したときは、当該知的障害者の親族又は同居の縁故者が提出しなければならない。

2 保護者が療育手帳所持者であつて当該保護者が死亡したときは、当該保護者の親族又は同居の縁故者は、速やかに当該療育手帳を新たな保護者に引き渡さなければならない。

3 前項の規定により新たな保護者に引き渡された療育手帳は、新たな保護者に交付されたものとみなす。

(書類の経由)

第 11 条 この規則により知事に提出する申請書、届等は、市の区域内に居住する者にあつては当該市福祉事務所長を、町村の区域内に居住する者にあつては当該町村長を経由しなければならない。

※附則省略

様式第1号

療育手帳交付申請書

岩手県知事 様

年 月 日

写真

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄 電話番号 ()

療育手帳の交付を受けたいので、知的障害者療育手帳交付規則第4条の規定により次のとおり申請します。

申請事由	新規交付・都道府県または指定都市間の住所変更による交付												
知的障害者本人	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏名									性別	男 ・ 女		
	住所	〒 □申請者と同じ											
	個人番号												

保護者	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏名									続柄			
	住所	〒 □申請者と同じ											

参考事項	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい ． いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月)	
	2 施設等に入所していますか。 はい ． いいえ はいの場合 (施設等の名称)	
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい ． いいえ	

この欄には、判定結果・公印を押印しますので、市町村受付印を押さないようご注意ください。

※ 判定の記録					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

- 備考 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記載してください。
 2 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを付してください。
 3 ※印の欄は記載しないでください。

管轄市町村

写

事 務 連 絡

令和元年7月31日

福祉総合相談センター所長
宮古児童相談所長
一関児童相談所長

} 様

障がい保健福祉課総括課長

転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について

このことについては、平成5年7月23日付障第476号により通知していますが、今般、他の都道府県から転入した場合における療育手帳の取扱いについて疑意が寄せられたことから改めて取扱いについて通知しますので遺漏の無いようにお願いします。

記

1 転居の場合における療育手帳の継続使用の徹底について

昭和48年9月27日付児発第725号厚生省児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」により、他の都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）の区域に住所を移した場合、同一都道府県等内における住所変更の取扱いと同様に、新住所地の都道府県等において、手帳の記載事項の訂正により使用することが原則とされている。

については、継続使用の趣旨を踏まえ、従前の手帳を支障なく使用できる場合はその継続使用を行うこととし、知的障害者療育手帳交付申請等事務処要領第2の2に基づき記載事項の変更届出等の処理を行うこと。

2 転居の場合における療育手帳の新規発行について

判定表記が本県のものとは異なる場合は、知的障がい者または保護者の意向を確認し、新規発行の申し出があった場合には手続きを行うこと。

なお、この場合は、平成5年6月22日付児障第42号厚生省児童家庭局障害福祉課長通知「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」の2の措置に留意すること。

(担当) 療育担当 (藤澤)

電話 019-629-5446

FAX 019-629-5454

令和8年度岩手県福祉総合相談センター知的障がい者巡回相談実施要領

1 目的

知的障害者福祉法第12条第2項及び第3項の規定に基づき、知的障がい者についての相談判定等を遠隔地に巡回して行い、知的障がい者の地域生活における福祉の向上を図ることを目的とする。

2 対象者

県内に居住している18歳以上の知的障がい者及びこれに準ずる者

3 実施方法

(1) 実施年月日及び場所

ア 別表「令和8年度知的障がい者巡回相談実施予定表」のとおりとする。ただし、地域のニーズに応じて新たに相談日を設けることができる。

イ 開始時刻は、該当地域の関係機関と協議の上、岩手県福祉総合相談センター（以下「当センター」という。）が決定する。

ウ 実施場所は、相談者のプライバシーに十分配慮できるような相談室や待合室等、必要なスペースが確保できる会場とする。

(2) 相談人数

新規相談及び医学診断対象者は概ね3人以内とし、その他の相談に係る人数については、別途、通知するものとする。

(3) 相談内容

ア 療育手帳等福祉制度に関する相談

イ 社会調査（生育歴、社会生活能力）、心理学的判定及び医学的判定

ウ その他、知的障がいに関する相談で、巡回相談において対応することが適切な相談

(4) 判定（相談）に必要な書類

開催地の市福祉事務所所長は、「知的障がい者巡回相談来所予定者名簿」（別紙1）に下記書類を添付の上、実施日の3週間前までに当センター所長あて送付するものとする。

ア 療育手帳新規判定について

(ア) 対象者記録票（別紙2）

(イ) 「岩手県福祉総合相談センター知的障がい者療育手帳判定取扱要項」に定める療育手帳判定申請書（別添様式1）、生活状況評価表（別添様式2）及び同意書（別添様式3）

(ウ) 本人確認書類の写し

イ 療育手帳再判定について

(ア) ア（イ）に同じ

(イ) 療育手帳の写し及び同意者の本人確認書類（同意者が本人の場合は添付不要）

ウ ア及びイ以外の相談について

対象者記録票（別紙2）

(5) 巡回相談班の編成

原則として、医師及び心理判定員とする。

4 その他

その他、必要な事項については、添付の「巡回相談実施に当たっての留意事項」を参照すること。

(別紙) 巡回相談実施に当たっての留意事項

1 実施方法

- (1) 市を拠点として巡回相談を実施します。町村の方は近隣の市等の巡回相談を活用してください。(希望の際は、開催市に申し込みの上、必要書類(「知的障がい者巡回相談実施要領」の3(4)ア及びイ)を岩手県福祉総合相談センター障がい保健福祉部知的障がい担当(以下「当センター担当」という。)に送付してください。)
- (2) 開催市福祉事務所においては、会場の確保や相談者の取りまとめをお願いします。なお、近隣市町村からの相談希望があった場合は、相互に連携し、可能な限り相談を受けられるよう配慮をお願いします。
- (3) 当日の相談時間等については、名簿を確認後に御連絡しますので、相談者への連絡をお願いします。
- (4) 地域のニーズに応じて新たに相談日を設定できる場合がありますので、その場合は御連絡ください。ただし、医師帯同の日程は除きます。

2 相談会場の確保

相談室は個室2室、医師診察室は1室(相談室と兼用可)、待合室は1室(オープンスペース可)の確保をお願いいたします。

3 対象者の選定について

- (1) 療育手帳新規取得に係る相談があった場合は、はじめに当センター担当へ連絡をお願いします。
- (2) 来所相談が難しい方を優先してください。
- (3) 時間をかけて検討を必要とするケース等は来所相談にて対応します。

4 対象者への連絡事項

対象者に対し、次のことを説明してください。

- (1) 療育手帳再判定においては、本人の状況を把握している家族や事業所職員等、本人以外の方の同席が必要であること。
- (2) 療育手帳新規判定においては、本人からの証言だけで判定することはできないこと。(家族等、本人の発達の様子を知る方からの確認が必須)
- (3) 精神障がい等の治療による入院中の方の判定は行わないこと。通院治療中の方の判定は、状態が落ち着いている場合に限ること。

5 相談の流れ

相談時間は1ケース当たり1時間30分、医師の診察は30分程度が目安です。医師の診察が必要な方は、午前中に社会調査及び心理判定、午後に診察となります。

6 当日の持ち物

必要な物は下記のとおりです。（可能な範囲で構いません。）なお、必要書類の取り寄せに係る費用は自己負担となります。

(1) 療育手帳新規判定の方

- ア 手帳類（母子手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、お薬手帳等）
- イ 成績状況を証明するもの
- ウ 他機関で知能検査を実施した場合は、その検査結果
- エ 診療情報提供書、診断書等、病気の経過や治療内容が分かるもの
- オ その他、参考となる資料
- カ 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
- キ 判定結果の送付が必要な場合は 110 円切手（返信用封筒は不要）

(2) 療育手帳再判定の方

- ア 療育手帳
- イ 療育手帳以外の手帳類（身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、お薬手帳等）
- ウ 判定結果の送付が必要な場合は 110 円切手（返信用封筒は不要）

担当
岩手県福祉総合相談センター
障がい保健福祉部知的障がい
担当
電話：019-629-9613