

療育手帳を提示し各種割引等を受ける場合は、下記の項目をご参照ください。

公共交通機関利用時の割引対象

第1種: 本人および介護者1名

第2種: 本人のみ

障害の程度

A1・A2: 第1種知的障害者

B1・B2: 第2種知的障害者

判定年月日

最新の判定を行った年月日

【H29.4.1～】

本人住所		療育手帳		判定の記録		保護者の欄	
市町 確認印		写真 縦4cm×横3cmで 脱帽して上半身を 写したものを		障害の程度 (総合判定)		見本	
見本		旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額		A1			
		第○種		第○種知的障害者			
		次回判定年月		合併障害			
手帳交付日 はじめて手帳が交付された年月日		○年○月		種 級			
		福井県 第XXXX号		判定年月日			
福井県 公印		XX年XX月XX日交付		△年 △月 △日			
		氏名: △△△ △△△		次回判定年月			
福井県 公印		年 月 日生()		判定機関			
		福井県 公印		〇〇〇〇相談所			
福井県 公印		福井県 公印		備考			
		福井県 公印		最重度知的障害			
福井県 公印		福井県 公印		△年 △月 △日再交付			
		福井県 公印		重度心身障害者(児)医療無料化制度			
福井県 公印		福井県 公印		該当			
		福井県 公印					

※療育手帳表面※

次回判定年月

・手帳の更新が必要な場合は、「○年○月」と記載

・更新不要の場合は「次回判定不要」と記載