

身体障害者手帳制度について

I	身体障害者手帳の概要	2 ページ
	1 身体障害者手帳とは	
	2 対象となる障がい	
	3 交付事務の流れ	
	4 申請書等提出先	
	5 外国籍の方について	
	6 手帳に係る主な事務と進達先	
II	申請受付事務のポイント	5 ページ
	1 申請前に相談を受けたとき	
	2 診断書作成医師の確認	
	3 申請時期	
	4 新規申請・再交付申請の確認	
	5 添付書類に係る留意事項	
III	進達の際の注意事項	11 ページ
	1 自立支援医療（更生医療）との同時申請	
	2 重度心身障害者医療費助成制度利用予定者の場合	
IV	手帳交付の際の留意事項	11 ページ
	1 手帳内容の確認	
	2 手帳の組み立て	
	3 身体障害者更生指導台帳の作成	
	4 手帳の交付	
V	再認定について	12 ページ
VI	身体障害者手帳データの内容の追加・修正	12 ページ
VII	免疫機能障害に係る留意事項	13 ページ
VIII	その他手帳に係る事務	
	1 再交付	
	2 返還	
	3 居住地（氏名）変更等	
○	身体障害者手帳手続き一覧	17 ページ
○	障害種別ごとの留意事項（認定基準等）	18 ページ

I 身体障害者手帳の概要

1 身体障害者手帳とは

- ・ 身体障害者手帳（以下「手帳」という。）は、身体障害者福祉法（以下「法」という。）第15条第4項に基づき都道府県知事等が交付するものです。
- ・ 手帳を持つことで法律上の「身体障害者」となります。
- ・ 手帳に記載されている障がい名、障がいの程度等級に応じて自立支援医療（更生医療）費や補装具費の支給、その他の支援制度を利用することができます。

【身体障害者とは】（法第4条）

この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

2 対象となる障がい

(1) 対象となる障がいの種類（法別表及び法施行令第36条）

(1) 視覚障害（視力、視野）	(5) 心臓機能障害
(2) 聴覚又は平衡機能障害	(6) じん臓機能障害
(3) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	(7) 呼吸器機能障害
(4) 肢体不自由	(8) ぼうこう又は直腸機能障害
○ 上肢・下肢・体幹	(9) 小腸機能障害
○ 脳原性運動機能障害	(10) 免疫機能障害
(上肢機能・移動機能)	(11) 肝臓機能障害

(2) 障がい程度

1級から6級に該当するもの。

法施行規則別表第5号に障がい別の等級が定められています。

- ・ 1級から7級までの区分が設けられています。
- ・ 肢体不自由のみ「7級」の区分が設けられています。
- ・ 「7級」の障害1つのみでは手帳の対象外ですが、7級の障害が2つ以上の場合又は6級より重い障害と重複する場合は手帳の対象となります。

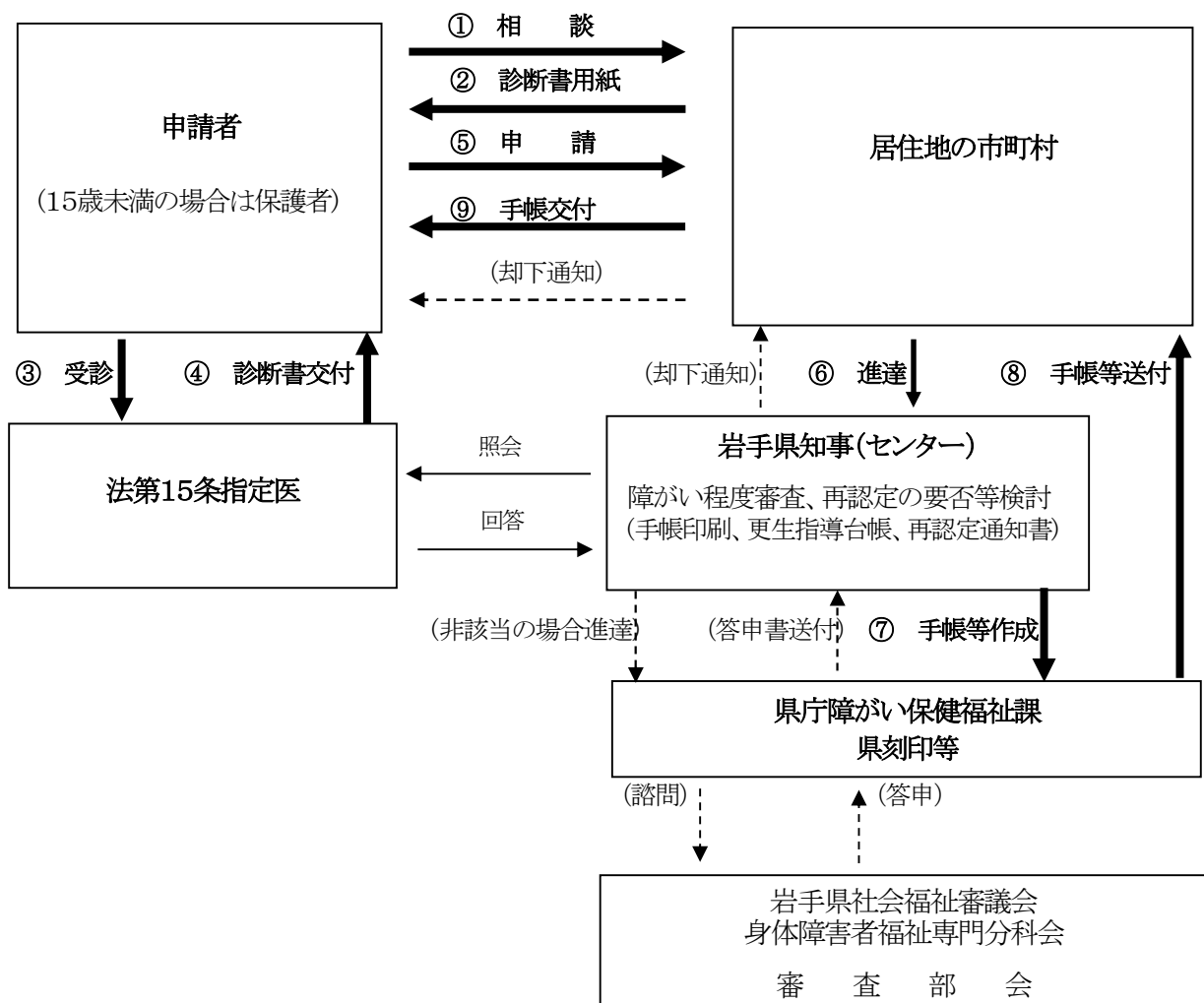
(3) 交付申請時に必要とする書類等

- ① 身体障害者手帳交付申請書（身体障害者手帳再交付申請書）
- ② 法第15条指定医が作成した身体障害者診断書・意見書（以下「診断書」という。）
- ③ 写真（縦4cm×横3cm）1枚

（脱帽で、上半身、1年以内に撮影したもの。申請者の申出により、県知事が認める場合には、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等で覆った写真を添付することが可能。）

3 交付事務の流れ (法第15条第1項、第4項、第5項)

- (1) 手帳の申請者（対象となる方本人）は、居住する市町村を經由して岩手県知事（県福祉総合相談センター「以下「センターという。」）に手帳の交付を申請します。
本人が15歳に満たないときは、その保護者が代わって申請します。
- (2) センターで障がい程度を審査した結果、その障がい度が1～6級に該当すると認めるときは申請者に手帳を交付します。
障がい度が1～6級に該当しないと判断した場合は、岩手県社会福祉審議会に諮問します。
その結果、「非該当」もしくは「7級」の答申があった場合に却下通知書を申請者に送付します。
手帳の交付、却下通知ともに市町村を經由して行います。



※

- 1 行政手続法に基づく手帳にかかる標準処理期間は、市町村経由日数7日、センターにおける処理日数を30日としています。
- 2 センターで進達を受けてから通常1か月程度で手帳を交付します。
ただし、診断書の内容について、指定医に照会が必要な場合や障害程度に審査が必要な場合は、交付までに日数がかかる場合があります。
- 3 審議会に諮問する場合は決定までに3～4か月かかる場合があります。

4 申請書等提出先

- 手帳交付申請書の提出先は、申請者の居住地を管轄する市町村です。
- ただし、居住地特例対象施設に入所している方や医療機関に入院している方は、入所（入院）前の居住地を管轄する市町村に提出します。

※ 居住地特例対象施設とは（法第9条第2項、第3項）

1 障害者支援施設	6 生活保護法第30条第1項ただし書の施設
2 独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	7 有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム
3 児童福祉施設	8 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院
4 国立病院等の重症心身障害児（者）病棟	9 介護療養型医療施設
5 共同生活援助を行う住居（障害者総合支援法に基づくグループホーム、福祉ホーム、通勤寮、）	※上記7～9までの施設はR5.4.1以降に入所又は入居することで、施設に居住地を変更したと認められる場合に特例の対象となる。

- 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームに入所している方で、令和5年4月1日以前から入所している方（生活保護受給中の方を除く）は、当該老人ホームのある市町村に提出します。

※ 注意 手帳の新規申請のみならず、再交付、住所変更届、返還も提出先市町村は上記によります。

5 外国籍の方について

- 以下の条件を全て満たす場合は外国籍の方にも手帳の交付が可能です。
 - 在留カード等によって居住地が明確であること。
 - 在留資格（ビザ）が有効であること。
 - 「興行」「研修」等の在留資格による一時的な滞在ではないこと。
- 申請にあたっては、「在留カード」、「特別永住者証明書」いずれかの写しの添付が必要です。
- 申請は本名とし、手帳の氏名の記載も本名となります。

6 手帳に係る主な事務と進達先

進達先 区分	センター		広域振興局	
	事由	必要書類等	事由	必要書類等
再交付	<ul style="list-style-type: none"> 再認定(有期認定) 障害程度変更 障害名変更、追加 傷病名変更、追加 	再交付申請書 診断書 写真 旧手帳(写)	<ul style="list-style-type: none"> 破損・汚損・紛失 写真更新 記載スペースがない 変更した氏名を手帳に記載したい 	再交付申請書 写真 旧手帳(写) (紛失の場合を除く)
返還	<ul style="list-style-type: none"> 上記事由により手帳の再交付を受けたとき 死亡、治癒、辞退 	返還届 旧手帳	上記事由により手帳の再交付を受けたとき	返還届 旧手帳
居住地(氏名)変更等	県内転入 (県外市町村又は盛岡市からの転入)	居住地(氏名)変更届 居住地変更後の手帳の写し	<ul style="list-style-type: none"> 同一市町村内又は県内市町村(盛岡市を除く)間の移動 氏名、保護者氏名の変更に係る届け 	居住地(氏名)変更届 居住地等変更後の手帳の写し

※ ただし、免疫機能障害については全てセンターへ進達となります。

Ⅱ 手帳受付事務のポイント

1 申請前に相談を受けたとき

(1) 障がい内容の確認

資料 I-2-(1) (2 ページ目) に記載の「対象となる障がい」に該当するか否か確認してください。
このとき以下に留意願います。

- ① 機能低下の状態が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであること。
- ② 認知症等精神機能の衰退や高次脳機能障がいにより日常生活に支障が生じていることのみでは手帳の交付対象とはならないこと。

ただし、認知症等のため長期にわたって動かない結果、筋力や関節の動きが低下した場合(廃用等)は肢体不自由として手帳の対象になる場合があります。

(2) 医師の意見の確認

診断書を書いてもらう前に、医師が相談者の機能低下について法で定める 1～6 級の障がいに該当すると判断しているのか確認するよう助言してください。

2 診断書作成医師の確認

診断書を記載することができるのは、法第 15 条に基づき都道府県知事が指定した医師 (以下「指定医」という。) のみです。医師毎に記載できる障がい種別が決められています。

(1) 県内の指定医

県庁障がい保健福祉課から配布されている指定医一覧により当該障がいにかかる診断書を記載できる医師であることを確認してください。

進達時、診断書に**指定医師コード**を記載してください。

〈※指定医一覧の例〉

医師コード	市町村	医師名	医療機関名	診療科目	視	聴	平	音	そ	肢	心	腎	呼	膀	小	免	肝
92006				外科	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
93009				内科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
93008				リハ科	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0

(2) 他の都道府県の医療機関に所属する医師

当該都道府県主管課等に当該障がいにかかる指定医であるか否か確認してください。

進達時、診断書余白に「**指定医確認済**」と記載してください。

(3) 県外から岩手県の医療機関に非常勤で勤務している医師

主として勤務する都道府県で指定医になっているかどうか上記と同様に確認し、「**指定医確認済**」の旨を診断書余白に記載してください。

3 申請時期（認定可能となる時期）

(1) 原則として以下の場合を除き、**発症又は受傷から3か月経過後**

障がい種別	障がい内容	認定時期
音声機能障害	喉頭摘出術後	手術直後
言語機能障害	脳血管障がいによる失語症等	発症から6か月経過後
肢体不自由	上肢、下肢、手指等の切断	手術直後
心臓機能障害	弁置換術後	手術直後
	18未満で発症した心疾患によるペースメーカー等移植術後	手術直後
	18歳以上で発症した心疾患によるペースメーカー等移植術後	術後身体活動の影響がなくなった時期
ぼうこう直腸機能障害	尿路変更ストマや腸管ストマを造設したとき	手術直後
	上記を除くぼうこうや直腸の手術に伴う排尿・排便障がい	手術から6か月経過後
	治療困難な腸瘻	治療が終了し障がい認定できる状態になった時点
小腸機能障害	小腸大量切除（残存空・回腸が150cm未満、乳幼児の場合は75cm未満）	手術直後
	上記以外のもの	栄養摂取方法が安定した状況で6か月程度経過後
心臓移植、じん臓移植、肝臓移植、小腸移植により抗免疫療法を要するもの		手術直後

(2) 乳幼児

概ね3歳以降。

以下の場合には3未満でも認定が可能。

- ① 無眼球、四肢欠損、先天性心疾患等障がい程度や永続性が明確な場合。
- ② 聴覚障がいの児童で ABR（睡眠時の脳波反応）等による客観的な判定が可能な場合。

(3) **肝臓機能障がい（肝臓移植後抗免疫療法を要する場合を除く）**

180日以上アルコールを摂取しない状態で、90日以上180日以内の間隔をおいて実施した2回の検査結果が基準に該当する場合。

4 新規申請・再交付申請の確認

手帳の二重交付防止のため、手帳の有無について申請者に確認するとともに、更生指導台帳も併せて確認してください。

新規交付申請を希望する方は、「身体障害者手帳交付申請書別表（第二号（第二条関係）」）、既に交付を受けている方は、「身体障害者手帳再交付申請書（様式第5号（第5条関係）」）に記載してもらってください。

5 添付書類にかかる留意事項

(1) 申請書について

① 住基台帳との照合

氏名、ふりがな、生年月日等については住基台帳等で必ず確認してください。

※施設に入所している方は、現住所に施設名が入っていない場合、余白に施設名を記入願います。

② 氏名

- ・ 申請者の押印は不要です。
- ・ 市町村記入欄には、住民基本台帳に基づき、楷書で記入してください。
- ・ 本人記入の文字と住民基本台帳に記載の文字が異なる場合は、市町村記入欄に正しい文字を記入し○で囲んで下さい。
- ・ 外字の場合は、欄外にその文字を大きく記入する等分かりやすい表示をお願いいたします。

③ 個人番号の記載について

個人番号の記載が法的な義務であることを説明し、記載していただくようにしてください。

個人番号の提供が受けられない場合、地方公共団体情報システム機構（J-LIS）照会を行い、確認した番号を代行記入するようお願いいたします。

再交付申請にあたっては、運転免許証その他規定に定める書類により本人確認ができた場合は、再交付申請書への個人番号の記載は不要ですので、その旨を個人番号記載欄に記入願います。（新規申請時に届出済の方に限る。）

④ 15歳未満の児童の場合

- ・ 申請者は保護者。ただし、保護者の個人番号の記載は不要です。
- ・ 中央の囲みの中に児童氏名、生年月日、続柄（子、孫など）を記載します。
- ・ 市町村記入欄には児童の氏名、生年月日を記入してください。

⑤ 市町村の受付印

申請書には、必ず市町村の受付印を押印のうえ、進達してください。

（※全ての書類が整ってから受け付ける。返還届書等、申請後、取下げ書を受理した場合も同様です。）

※ 令和5年11月の改正に伴い、申請書に顔写真欄が設けられましたが、これは提出する顔写真の大きさの目安であり、写真を張り付ける欄ではありませんので、張り付けしないよう申請者等へ説明をお願いします。

※ 電話番号やマイナンバーなどについて、本人の記載した文字が判別し辛い場合があります。近くの余白に改めて記載していただけますとありがたいです。

新規申請書の確認の例

別表第二号（第二条関係）

身体障害者手帳交付申請書

写真は貼らないでください

外国籍の方については、在留カード、特別永住者証明書いずれかの写しを添付ください。

電話がない場合は「なし」と記入。固定番号、携帯番号など2つ記載の場合は、印刷する方に○をしてください（一つしか印刷できないため）。

居住地 ○○市○○町○地割 12-3 ○○アパート

電話番号 019(123)4567

氏名（申請者）

佐藤 喜男

男・女

昭和 39 年 4 月 10 日生

個人番号

XXXX - XXXX -

XXXX

15歳未満の児童

※個人番号の記載がない場合は、市町村において確認し記載をお願いします。

男・女

年 月 日生

個人番号

<児童の場合>

申請者欄には手帳に記載する保護者の氏名を記載してください。

個人番号は児童のみ。保護者の個人番号は記載しないで下さい。

岩手県知事 様

本人記入の字と市町村の住民基本台帳で確認した字が異なる場合は、市町村記入欄に正しい字を記入願います。なお、その際、住民基本台帳の漢字の写しを添付いただけると助かります。

佐・・佐・佐佐・
原・原・原・原・原
藤・藤・藤・藤・藤・藤・藤・藤
邊・邊・邊・邊・邊・邊・邊・邊

身体障害者手帳を交付願いたく関係書

○市○○課
-4. -4. -1
受付

受付印は忘れずに

手帳の交付は保護者が代わって申請することになり、個人番号を□欄に記入することとし、保護者（申請者）の氏名を○欄に記入してください。

手帳に印刷する住所を記載。字数が多い場合は余白に記載ください。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段：カナ 下段：漢字）		生年月日				住 所			
年号	年	月	日	市区郡	町 村	小字	番 地		
サトウ	ヨシオ								
佐藤	喜男	3	39	04	10	XXXX	XXXX	002	12番地3

(注) 1 申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等を確認して記入してください。

2 住所欄については、住所コードで記入してください。

○○アパート

正しい字（外字等）に○をしてください。

児童の氏名等を確認の上、記入してください。

再交付申請書の確認の例

様式第5号（第5条関係）

同時に居住地変更届出中

左のように付せんの貼り付けや、鉛筆書きで記載いただくと分かりやすいです。

岩手県知事 様

居住地 ○○市愛石町13番2号

運転免許証など、本人確認が取れる場合、個人番号は省略できます。（新規申請時に届出済の場合）

氏名（申請者） ^{がな} 岩手 ^{いわた} ^{よしお} 義雄
 昭和 42 年 3 月 2 日生 (男)・女
 個人番号 XXXX - XXXX - XXXX
 電話番号 019 (○○○) ○○○○

15歳未満
^{ふりがな}
 の児童の氏名 男・女
 年 月 日生
 個人番号

身体障害者手帳再交付申請書

身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第8条第1項の規定に

再交付申請書は、居住地変更届を兼ねることはできません。
 転居していたことにより、身体障害者手帳の住所と再交付申請の住所が異なる場合、**広域振興局に同時に居住地変更届が必要**です。
 県の処理の流れは、広域振興局での居住地変更の処理を待って、福祉総合相談センターでの再交付申請を受け付けることとなります。

申請書と診断書の住所が異なる例

居住地 ○○市大通1丁目○○-○ 電話番号 019○ (○○) ○○○○

氏名（申請者） ^{がな} 鈴木 ^{すずき} ^{さとし} 聡 (男)・女

現住所はこちらでOK

個人番号 XXXX - XXXX - XXXX

明治
 大正
 昭和 ○○ 年 7 月 23 日生
 平成

申請書と診断書の住所や生年月日が異なる場合は、確認して、付せんや鉛筆書きでどれが正しいか明記してください

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

氏名	鈴木 聡	昭和○○年 7月23日生(○○)歳	(男)・女
住所	○○市境田町○○-○		
① 障害名（部位を明記）	視力障害	※	
② 原因となった疾病・外傷名	白内障	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他()	※

(2) 診断書について

① 様式の確認

- ・ 最新の様式であることを確認してください。
- ・ 疾病・年齢に照らして、適正な様式であること。

肢体不自由	肢体障害用
	脳原性運動機能障害用
心臓機能障害用	1 8歳未満用
	1 8歳以上用
免疫機能障害用	1 3歳未満用
	1 3歳以上用

※ 「脳原性運動機能障害用」は脳性麻痺のほか、概ね5～6歳以前に発症した脳炎、脳外傷、無酸素脳症等を原因とする運動障害について記載する診断書です。

脳出血、脳梗塞等の場合は「肢体障害用」を利用してください。

- ◎ どちらの診断書にしたらよいか不明の場合は両方を交付し、より適切に判定できる方に記載していただいでください。

② 診断書・意見書記載事項等の確認

※ 診断書は原本を提出してください。コピー不可

(※ 診断書 一部抜粋)

⑥ その他参考となる合併症状

申請日以前6か月以内

上記の...を診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

担当科名 科 医師氏名 印

※指定医師コード

署名又は記名押印

身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記載すること。]

障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に

・該当する (級相当)

・該当しない

県外の場合、確認し「指定医師認済」と記載

記載ない場合、必ず申請者に確認し鉛筆書き

コードを記載

1級から6級の等級か。7級の障害では手帳交付の対象となりません。等級は審査の結果、診断書と異なる場合があります。

○ 診断医コード等の記入

○ 診断書作成年月日

- ・ 申請日以前6か月以内であること。
- ・ 四肢切断、心臓の弁置換術後等時間経過によっても障がい状況の変化が予測されない場合は、6か月を経過していても支障ありません。

○ 診断医の印

自筆での署名、又は記名押印となります。記名である場合で押印がない場合は、原則として申請者に返戻し、押印していただいた後に受理されるようにお願いします。

○ 病院の名称・所在地

指定医一覧表の勤務先と診断書作成医療機関が異なる場合もありますので記載されていない場合は、必ず申請者から聴取し、鉛筆で記載してください。

○ 法第15条第3項の意見

7級と記載されている場合、7級の障がい1つのみでは手帳の対象にならないことを説明してください。説明をしてもなお申請を希望する場合はその理由を確認し、添書等に記載してください。

※ 診断医記載の等級は参考にさせていただきますが、認定基準に基づいて審査した結果、診断医の意見と異なる等級になる場合もあります。受付時点で確定的なことはお話ししないでください。

(3) 証明写真について



- ・ サイズはタテ4cm×ヨコ3cm。(写真用紙など厚みのある紙にプリント)
- ・ 脱帽のうえ、上半身を撮影したもの。鮮明なもの。申請者の申出により、県知事が認める場合は、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等で覆った写真を添付することが可能です。
- ・ 1年以内に撮影したもの。(白黒でも可)
- ・ 写真の裏には、市町村名と氏名を記入してください。
- ・ 写真(1枚)は必ず袋に入れて、一人一人の申請書にホチキスで止めてください。(ホチキスで写真を傷つけないように。写真が折れないように。)

Ⅲ 進達の際の留意事項

1 自立支援医療(更生医療)との同時申請

手帳の交付年月日は、通常、決裁日としていますが、**心臓手術等、緊急を要するため自立支援医療(更生医療)の利用を希望している方が手帳の申請を行った場合、例外的に、センターが手帳交付申請書を受理した日をもって手帳交付日とし、更生医療の適用も同日とする取扱いができること**としています。

具体的方法は次のとおり。

- ① 市町村の受付後、センター矢巾町駐在に電話連絡。(FAX送信は不要です。)市町村で受付していれば、この日をもってセンター受理とします。
(電話連絡の内容：申請者氏名、障がいの種類、利用しようとする更生医療の内容、更生医療を受けようとする医療機関名)
- ② 手帳交付申請書進達の際、申請書の上部に「更生医療」と大きな字で記入して、即日、郵送願います。

2 重度心身障害者医療費助成制度利用予定者の場合

進達する場合は、交付申請書の上部に「重度医療」と大きな字で記入して、速やかに郵送願います。

※ 自立支援医療(更生医療)との同時申請以外は、電話連絡による受付は行いません。急ぐ際は、速やかに進達をお願いします。

Ⅳ 手帳交付の際の留意事項

1 手帳の内容確認

市町村において、県障がい保健福祉課から手帳の送付を受けた際には、申請者に交付する前に、次の事項を確認してください。

- ① 氏名、住所、生年月日、電話番号、傷病名、障がい内容等記載事項。
- ② 手帳に貼付されている写真に誤りがないか。
※ 誤りがあった場合、センター矢巾町駐在に連絡願います。

2 手帳の組み立て

- 第1種 カバーの色 グリーン
- 第2種 カバーの色 ブルー

※ 1種、2種の区分は「身体障害者に対する旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引について」によります。第1種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合は介護者についても割引がなされます。

3 身体障害者更生指導台帳の作成

- ・ 手帳の交付があった時点で、身体障害者更生指導台帳を作成してください。その際は、手帳交付時に送付する台帳を活用いただいてもよろしいです。
- ・ 再交付の場合は、既存の更生指導台帳に再交付年月日を記載ください。

4 手帳の交付

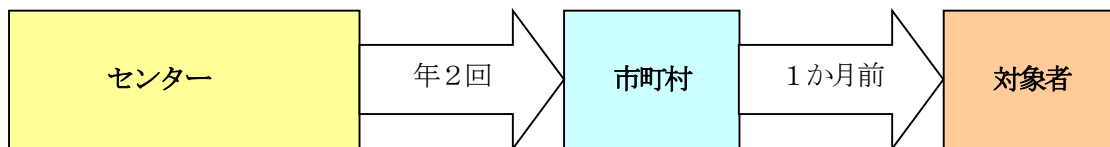
- ・ 交付する際は、活用することができる福祉施策について説明してください。（交付日に注意！）
- ・ 手帳に再認定が付されている場合はその時期及び手続きについて説明してください。
- ・ 再交付をした場合は、新しい手帳と引き換えにそれまで所持していた手帳の返還を受けてください。

V 再認定について

- ・ 以下の場合に再認定を実施することとしています。

障がいの状態が、軽減されると予想される場合
ぼうこう・直腸機能障がい、ストマ造設から6か月経過後に上位の障がい等級になることが予想される場合。
ペースメーカー等移植術後の方。（術後3年以内）。
肝臓機能障がい、2回目の検査結果が7～9点の方。（1～5年以内）。

- ・ 再認定の時期については、手帳に明記するほか、手帳交付時に申請者に通知書を交付しています。
- ・ 再認定処理を円滑に実施するため、センターでは年2回（9月、3月）再認定者リストを出力し、市町村に送付していますので、これにより再認定時期の概ね1か月前までに対象者に再認定時期の到来及び再交付の手続きについて通知をお願いします。



- ・ 再認定時期到来時点における障がい状況が手帳に該当するものであるか否か予め医師に確認するよう助言願います。
- ・ 医師が非該当又は治癒と言っている場合は診断書の添付は必要としません。
 - 障がいが1つの場合 返還届 （理由は治癒）
 - 障がいが複数の場合 再交付申請 （理由は○○機能障がいについては治癒。）

※再交付申請の段階では手帳を返還してもらわないこと。（新しい手帳と引き換えで返還を受けます。）

VI 身体障害者手帳データ内容の追加・修正

身体障害者手帳の記載事項や手帳交付時の交付台帳等のデータ内容が異なる場合、手帳の写しや住民票の写し等根拠となる書類を添付して身体障害者手帳データ追加（修正）依頼連絡票（本資料19ページ）を提出願います。

- 障がい名、障がい程度、傷病名に関わるもの → センター
- 氏名、住所、電話番号に関わるもの → 広域振興局

VII 免疫機能障がいにかかる留意事項

免疫機能障がいについては、以下を参考にプライバシーに十分な配慮をお願いします。

(※ 破損等の再交付、返還、居住地(氏名)変更、全てセンターで処理します。広域振興局では行いません。)

- 1 市町村において、あらかじめ免疫機能障がいの担当者を定め、同障がいにかかる自立支援医療（更生医療）を含めた一連の相談を担当するようお願いします。
- 2 相談を受けるときや、申請書を受理する際は、「H I V」、「エイズ」という言葉は使用せず、可能であれば周囲に話し声が漏れないような部屋で対応してください。
- 3 医療機関のMSWによる代理申請や、郵送による申請を認めるようお願いします。
- 4 相談者に関係書類を郵送する場合は、公所名が印字された封筒でもよいか等、連絡方法、郵送方法を申し合わせしてください。また、相談者から市町村に关系書類を郵送する場合は、担当者あての親展とするよう指導願います。
- 5 申請書等関係書類を扱う際は、住所、氏名のところに剥がすことができる紙を貼る、写真は見えないように袋に入れる、受理簿は別冊とし、関係書類は金庫に保管する等してください。
- 6 免疫にかかる決裁(起案)文書は持ち回りとし、内部でも多くの目に触れることのないよう配慮することが必要です。
- 7 センターでは、免疫機能障がいにかかる一切を担当する職員を定めていますので、事前に電話連絡のう え、担当者あての親展とし、二重封筒で送付するようお願いします。また、担当者名等連絡先を明記す るようお願いします。>>>令和6年度の担当者は_____です。
- 8 手帳作成後はセンターから市町村担当者あてに親展で送付するので、交付までの間、金庫等で厳重に保管 するようお願いします。
- 9 手帳の交付に当たっては、代理者受領又は(本人あての)書留郵送を認めるようお願いします。

VIII その他手帳にかかる事務

1 再交付 (法施行令第10条、法施行規則第7条、第8条)

(1) 進達先

相談センター (矢巾町駐在)		広域振興局	
事 由	必要書類等	事 由	必要書類等
<ul style="list-style-type: none"> ・再認定 ・障害程度変更 ・障害名変更又は追加 ・傷病名変更又は追加 	再交付申請書 診断書 写真 旧手帳(写)	<ul style="list-style-type: none"> ・破損 ・汚損 ・紛失・写真更新 ・記載スペースがない ・変更した氏名や本籍を手帳に記載したい 	再交付申請書 写真 旧手帳(写)

(2) 留意事項

- ・ 申請理由を確認し、再交付申請の理由を記載するよう指導してください。
- ・ 重複する障がいのうち一部の障がいが治癒した時又は一部の障がいを辞退する場合、再交付申請書の理由記載欄の「その他」の()に「〇〇の障がいについて治癒(または辞退)」と記載します。この場合、診断書添付は不要です。
- ・ 追加する障がいにかかる更生医療の利用を予定している方の再交付については、Ⅲの1(同時申請)によってください。

2 返還 (法第16条、法施行令第12条)

(1) 進達先

相談センター (矢巾町駐在)		広域振興局	
事由	必要書類	事由	必要書類
<ul style="list-style-type: none"> ・再認定、障がい程度、障がい名、傷病名に関わる事由により再交付を受けたとき ※新手帳と交換のかたちで旧手帳を返還してもらうこと ・死亡、治癒又は辞退 	返還届 ※手帳	<ul style="list-style-type: none"> ・破損、汚損、紛失、写真更新、記載スペースがない、変更した氏名や本籍を手帳に記載したいという理由により手帳の再交付を受けたとき ※紛失の場合を除き新手帳と交換のかたちで旧手帳を返還してもらうこと 	返還届 ※手帳

(2) 死亡返還について

他の手続きで登録された死亡情報により、死亡の事実が確認できた場合には、御遺族からの死亡届の省略が可能とされました。省略とする場合は、センターまで死亡通知書を送付してください。

死亡者については、定期的に確認いただき、死亡者一覧等の形式等による通知でも構いません。

なお、手帳の現物の回収には努めていただき、回収しない場合には、写真添付面等に、「廃止済み」と記載するなど、廃止の事実が分かるような措置を施すようお願いいたします。

後日、死亡した方の手帳が返還された場合は、「死亡通知済み」等、分かるようにして、センターに送付してください。(改めて通知等の添付は不要です)

(3) 留意事項

- ・紛失等で、手帳を添付できない場合は、余白にその旨記載願います。
- ・死亡、治癒、辞退により今後手帳交付を要しない方の返還届出で、現住所と手帳の住所が合致していない場合はその理由を余白に記載するとともに、更生指導台帳のある市町村に提出するよう指導してください。

〈お願い〉

- ・手帳を返還いただく際は、窓口で手帳のカバーを外し、台紙のみ返還してください。(カバー、別冊は不要です。)
- ※写真希望の場合は切り取って返還してください。

カバーの裏側や台帳と別冊の間に私物が残っていることがあります!! (診察券、カード類、現金、名刺 etc.)



3 居住地（氏名）変更等

(1) 県内転入及び県内移動 (法施行令第9条第2項～第6項)

①進達先等

相談センター（矢巾町駐在）		広域振興局	
事 由	必要書類等	事 由	必要書類等
県内転入 ・他の都道府県又は盛岡市から転入した方にかかる変更届	・居住地（氏名）変更届 ・居住地変更後の手帳の写し	・県内（同一市町村内を含む）において住所変更をした方にかかる届	・居住地（氏名）変更届 ・居住地等変更後の手帳の写し
※ センターから旧都道府県知事又は盛岡市に通知後、転出元市町村から転出先市町村に更生指導台帳が送付されます。		※ 市町村を異にして移動した場合は、広域振興局等からの連絡を受け、転出元市町村から転出先市町村に更生指導台帳が送付されます。	

② 留意事項

- ・ 提示された手帳に、転入後の住所、転入年月日等を記載し、福祉事務所長印又は町村長印を押印します。（転入年月日は、福祉担当課に届出が提出された日ではなく、**住所変更日について住基で確認できる日**を記載してください。）
- ・ 写しをとった後、手帳は届出者に返戻してください。
- ・ 進達の際は上記手帳の写し（変更後のもの）を添付してください。
- ・ 転入手続後、他県（盛岡市）の手帳はそのまま使用できます。
- ・ 岩手県発行の手帳への切り替えを希望する場合は、県内転入手続完了後、写真更新による再交付の手続きが必要です。
- ・ 各種制度利用のため**部位別に障がい程度や疾病名などを手帳に明記する必要がある場合は**、送付された**更生指導台帳の写し等を添付し**、データ修正依頼票を**センター（矢巾町駐在）**に送付してください。

※ 他県から転入し、傷病名を記載していない手帳の場合は、県のシステムに、「疾病」による〇△機能障害」と便宜上入力しています。

岩手県転入後に再交付すると「疾病」と記載されますが、申請者から手帳に「疾病」と記載しないでもらいたいと申し出がある場合は、「〇△機能障害」のみ記載することが可能です。

※ 障害者支援施設等に入所した場合（※居住地特例）

- ・ 原則として手帳の居住地変更の必要はありません。
- ・ 便宜上、居住地変更する場合は、援護の実施機関である市町村（施設入所前の市町村）で届け出を受理してください。
- ・ 変更届を受けた市町村では当該施設の住所を手帳に記載し、市町村の印を押印してください。その写しを添付して当該市町村を所管する広域振興局に送付してください。

(2) 県外（盛岡市を含む）転出

- ・ 県外に転出しようとする方から相談があった場合は、転出先の市町村で手続きするよう指導願います。
- ・ センターでは、転出先都道府県又は盛岡市からの通知を受け、転出した方が以前住んでいた市町村へ居住地変更通知を送付します。
これを受け、市町村は、他県の転出先市町村又は盛岡市に更生指導台帳を送付します。

※ 市町村が他縣市町村から直接更生指導台帳送付依頼を受けた場合、更生指導台帳を他縣市町村に送付するとともに、当該依頼書及び住所変更届の写しをセンターに送付してください。

(3) 氏名変更・保護者氏名変更 (法第9条第2項)

① 進達先

進達先	必要書類
広域振興局	・居住地（氏名）変更届 ・記載事項変更後の手帳の写し

② 留意事項

- ・提示された手帳に変更箇所を記載し、福祉事務所長印、町村長印を押印し、写しを取り、届出者に返戻します。
- ・広域振興局に進達の際は上記手帳の写しを添付してください。
- ・変更後の手帳の交付を改めて希望する場合、変更届のほかにも再交付申請の手続きが必要となります。

※ 下記の様式については、県庁ホームページから様式をダウンロードできます。

(各種手続き⇒様式ダウンロード⇒検索画面)

- ①身体障害者居住地（氏名）変更届
- ②身体障害者手帳交付申請書
- ③身体障害者手帳再交付申請書
- ④身体障害者手帳返還届

○ 身体障害者手帳手続き一覧

手続き内容	進達先		添付書類					
	センター	広域局	申請書類	写真	診断書	手帳の写し	手帳原本	その他
新規申請	○		新規	○	○	-	-	
程度変更、傷病名、障害名の追加	○		再交付	○	○	○	-	
再認定	○		再交付	○	○	○	-	
複数障害あり、再認定の障害が不要の場合	○		再交付	○	-	○	-	
破損、紛失 写真更新 住所欄満了 など		○	再交付	○	-	○ 紛失除く	-	
県外及び盛岡市からの転入	○		変更届	-	-	○ 変更記載後の写し	-	
県内での住所変更 (盛岡市除く)		○	変更届	-	-	○ 変更記載後の写し	-	
氏名変更 保護者氏名変更		○	変更届	-	-	○ 変更記載後の写し	-	
死亡・治癒・辞退等による返還	○		返還届	-	-	-	○	
遺族等による返還 困難等	○		死亡 通知	-	-	-	- (○)	
再認定、程度変更等による再交付後の返還	○		返還届	-	-	-	○	
破損等による再交付後の返還		○	返還届	-	-	-	○	
電話番号の変更	○	(○)				○		データ修正依頼
住所や氏名等の記載誤り	○	(○)				○		データ修正依頼

※ 転出の相談があったときは、転出先で手続きするよう説明してください。

※ 変更届と再交付申請を同時に行う場合、それぞれの進達先に付箋などでお知らせください。

※ 免疫機能障害については、全ての手続きをセンターで行います。

障がい種別毎の留意事項

	障 害 名	留 意 点
1	視力障害 視野障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 視力障害は矯正視力により認定します。 ・ 良い方の眼の視力で認定します。 ・ 視力と視野の両方に障がいがある場合、重複障がいとして各等級別の指数を合算して障がい等級が決定されます。 ・ 満3歳頃になって認定することが望ましい。 ・ 無眼球等の場合は満3歳未満であっても認定可能です。
2	聴覚機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 聴覚機能障害は補聴器を使用しない状態での聴力検査結果により認定します。 ・ 新規申請で「2級」該当の場合はABR(睡眠時の脳波反応)等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピー等を添付してください。 ・ 満3歳未満の乳幼児については、ABR検査などによる客観的な判定が可能な場合に認定の対象とします。
	平衡機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脊髄小脳変性症、脳梗塞等により小脳や平衡器官が障がいされ、姿勢を調節する機能が低下するもの。その結果、四肢体幹に器質的な異常がないにも関わらず、起立や歩行が障害される場合等に認定の対象とします。
3	音声機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喉頭の摘出や咽頭部の外傷、発声筋の麻痺等により発声が困難な場合に認定の対象となります。
	言語機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ ろうあの方。 ・ 脳血管障がい等によりももとは問題がなかった言語理解、言語表出に問題が生じ、意思疎通が困難になった場合に対象となります。 ・ 知的障がい、発達障がい、認知症を原因とする場合は対象とはなりません。 ・ 音声・言語機能障害の場合、<u>喉頭摘出の場合を除き言語データ(音声・言語機能レベルについて又は標準失語症検査(SLTA)プロフィール等)の添付が必要です。</u> ・ 脳血管障がい原因で言語障がいが生じた場合には、原則として、発症から6か月経過後に認定します。
	そしゃく機能障害	<p>口腔内に食物を摂取してから噛み砕き、唾液と食物を混ぜ合わせて嚥下(飲み込み)するまでの生理的過程の障がい。</p> <p>① 重症筋無力症、脳血管障がいによる麻痺、外傷や疾病による顎、口腔、咽頭、喉頭欠損等を原因として、そしゃく・嚥下機能が低下し、経口摂取のみでは十分な栄養がとれないため経管栄養を必要とするもの又は経口摂取可能な食物が流動食や半固形物に限られるもの。</p> <p>② 口唇・口蓋裂等の先天性異常に対し手術をしてもなお残存する後遺症による著しい咬合異常のため食事摂取等に相当程度の不便があり、歯科矯正治療等の必要があるもの。</p> <p>この場合、<u>「そしゃく機能障害」の診断書に加え、歯科矯正に関する更生医療指定医療機関において主として担当する医師が作成する「歯科医師による診断書・意見書」(「身体障害者手帳交付の手引き」P. 130)の提出が必要です。</u></p>
4	肢体不自由	<p>四肢体幹の器質的な要因により、肢体機能に障がいが生じた場合、又は何らかの理由で四肢を欠損した場合に認定の対象とします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 切断・欠損を除き、原則として発症から3か月経過後に認定します。 ・ 遷延性意識障害について 原則として、発症から3か月経過後に筋力低下や関節可動域の制限が認められる場合に対象とします。
	(脳原性運動機能障害)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児期以前に発言した非進行性脳変によってもたらされた姿勢や運動の異常があるもの。具体的な例は、脳性麻痺、脳炎、脳外傷、無酸素脳症等による運動障がいがあります。 ・ いわゆる脳血管障がいは脳原性運動機能障害とは言いません。 ・ <u>脳原性運動機能障害用診断書と肢体不自由用診断書のどちらの診断書がよいか不明の場合には両方を交付し、より適切に判定できる方に記載していただいでください。</u>

5	心臓機能障害	<p>心電図等客観的所見と活動能力の程度又は養護の区分により認定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 18歳未満と18歳以上とでは診断書用紙が異なります。 ・ ペースメーカー埋込術、埋込型除細動器埋込術を施行した場合、発症が18歳未満⇒手術直後から1級として認定できます。 18歳以上⇒ペースメーカー移植術による身体活動への影響がなくなった時点で認定が可能です。手術からおおよそ3年後に再認定をすることとなっています。 ・ 弁置換術を実施した場合は、手術直後から1級として認定できます。 ・ 心臓移植後抗免疫療法を施行している期間中は1級として認定できます。
6	じん臓機能障害	<p>じん臓機能の検査値、日常生活の制限の状況等により認定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 内因性クレアチンクリアランス値が20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl以上、5.0mg/dl未満の場合。 <ul style="list-style-type: none"> ・ eGFR(推算糸球体濾過量)が記載されていれば、血清クレアチニンの異常に替えて、eGFR(単位はml/分/1.73m²)が10以上20未満のときは4級、10未満のときは3級と取り扱うことも可能。 ・ じん臓移植後、抗免疫療法の継続を要する期間は1級として認定できる。
7	呼吸器機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予測肺活量1秒率、動脈血ガスの検査値等により認定します。
8	ぼうこう又は直腸機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工ぼうこう、人工肛門等腹部に尿や便の排出口(腸管ストマ、尿路変更ストマ)の造設術をした場合 ・ 腸管の放射線障害等による障がいであって、ストマ造設以外の瘻孔から腸内容の大部分のもれがあり手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のもの。 ・ 二分脊椎等先天性疾患による排尿排便機能障がい。 ・ 直腸の手術や新ぼうこうによる手術後の排尿機能障がい。 ・ 小腸肛門吻合術にともなう排便機能障がい ・ 前立腺肥大、脊髄損傷を原因とする場合は対象になりません。 ・ ストマを造設した場合、その直後から認定できます。 ・ ストマ造設の方で、ストマ周辺の著しいびらん、ストマの変形等のため長期にわたるストマ用具の装着が困難な場合や直腸ストマ造設後に排尿機能障がいが生じた場合等は発症から6か月経過後に上位等級になることがあることから再認定を付す取扱いとしています。 ・ ただし、ストマ閉鎖をしている場合は「非該当」となる場合がありますので再交付申請前にストマ閉鎖の有無を本人に確認してください。
9	小腸機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 永続的小腸機能の低下があり、経口による栄養摂取では栄養維持が困難なため、中心静脈栄養法又は経腸栄養法を行う必要がある場合に認定の対象となります。 ・ 小腸大量切除(残存空・回腸が150cm未満、乳幼児の場合は75cm未満)の場合は手術直後に認定可能。 ・ 上記以外には小腸大量切除の場合を除き栄養摂取の方法が安定した状況で6か月経過した後には認定可能。 ・ 小腸大量切除の場合を除き、再認定を付すこととしています。 ・ 小腸移植を行い抗免疫療法が必要な期間は1級として認定できます。
10	免疫機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒト免疫不全ウィルスの感染により、永続的に著しい免疫力の低下がある場合に対象となります。 ・ 4週間以上間隔をおいた2回の検査結果が認定基準に該当する必要があります。 ・ 13歳未満と13歳以上とでは診断書の様式が異なります。
11	肝臓機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肝機能検査結果、臨床症状、日常生活活動の制限の程度によって判断します。 ・ 90日以上180日以内の2回の検査結果が基準に該当する場合に対象となります。 ・ 2回の検査各々において検査実施前180日間にアルコールを摂取している方等は対象になりません。 ・ 肝臓移植を行い抗免疫療法が必要な期間は1級として認定できます。 ・ 2回目の検査でChild-Pugh分類の合計点数が7点～9点の方については認定から1～5年以内に再認定を実施します。

※厚生労働省ホームページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉 > 身体障害者手帳
 ※県庁障がい保健福祉課ホームページ「身体障害者手帳交付の手引き」を参照願います。

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyoku/fukushi/shougai/techou/1004114.html>

身体障害者手帳データ追加(修正)依頼連絡票

岩手県福祉総合相談センター所長 様
 広域振興局保健福祉環境部長 様

下記の身体障害者手帳については、データの追加(修正)が必要ですので、連絡します。 実施機関名

(発行県) 手帳番号 (交付年月日)	ふりがな 氏名 (生年月日)	区分	本人住所 (下段;住所コードを記入)	障害名	障害種別	修正箇所	備考
					等級		
第 県号 ()		追加					
		修正					
第 県号 ()		追加					
		修正					
第 県号 ()		追加					
		修正					
第 県号 ()		追加					
		修正					
第 県号 ()		追加					
		修正					

(注意) 住民基本台帳、身体障害者手帳又は更生指導台帳等の写しを添付すること。