

横浜市療育手帳制度実施要綱

最近改正 令和4年6月1日 健更相第102号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 この要綱は、療育手帳制度について（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づき、知的障害児及び知的障害者（以下「知的障害児者」という。）に対し、援護措置を受けやすくする等、知的障害児者の福祉の増進に資することを目的として、療育手帳（以下「手帳」という。）を交付するために必要な事項を定めるものとする。

（用語の定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- （1）保護者 児童福祉法第六条に規定する保護者をいう。
- （2）交付対象者 愛の手帳の交付を受けようとする18歳以上の者をいう。
- （3）交付対象児 愛の手帳の交付を受けようとする18歳未満の者をいう。

（対象者）

第3条 手帳は、横浜市に居住地を有し、児童相談所又は障害者更生相談所（以下「判定機関」という。）において知的障害があると判定された者に交付する。

2 ただし、次の各号に掲げる者については、横浜市に居住地を有するとみなすことができる。

- （1）児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の2第1項の規定による障害児入所給付費の支給又は同法第27条第1項第3号の規定による入所若しくは同条第2項の規定による入院の措置を受ける者
- （2）身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第18条第1項の規定による障害福祉サービスの提供又は同条第2項の規定による入所若しくは入院の措置を受ける者
- （3）法第15条の4の規定による障害福祉サービスの提供又は法第16条第1項第2号の規定による入所の措置を受ける者
- （4）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29条第1項又は第30条第1項の規定による同法第19条第1項に規定する介護給付費等の支給を受ける者
- （5）生活保護法（昭和25年法律第144号）第30条第1項ただし書の規定による入所の措置を受ける者
- （6）その他市長が特に必要と認めた者

（手帳の名称及び記載事項）

第4条 手帳の名称は愛の手帳とする。

2 手帳の記載事項は、次のとおりとする。

- (1) 交付対象児又は交付対象者の氏名、住所及び生年月日
- (2) 障害の程度
- (3) 判定年月日及び判定機関
- (4) 交付対象児の保護者の氏名、住所及び交付対象者との関係
- (5) その他市長が必要と認める事項

3 手帳の様式は、紙様式の場合は第1-1号様式、カード様式の場合は第1-2号様式のとおりとする。

(障害の程度の判定)

第5条 障害の程度の判定は、標準化されたビネー式知能検査による診断範囲値（以下「知能指数」という。）を用いて、別表1に掲げる基準により、判定機関の長が行うものとする。

ただし、ビネー式知能検査による判定が適切でないとして判定機関の長が判断した場合は、他の手法によることも可能とする。

2 前項に規定する判定において、障害の程度が手帳交付対象に該当し、かつ、次の各号のいずれかに該当する場合は、障害の程度を加重できるものとする。

- (1) 障害等級が1級、2級又は3級の身体障害者手帳を所持している場合
- (2) 強度行動障害児特別支援加算費について（平成16年1月6日障発第0106001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙強度行動障害児特別支援加算費実施要綱の別紙1「強度行動障害判定指針の強度行動障害判定基準表」で10点以上又は準ずる程度の障害を有すると判定機関の長が認めた場合
- (3) その他判定機関の長が、加重すべき条件があると認めた場合

3 第1項の規定にかかわらず、知能指数が非該当の場合であっても判定機関の長が特に必要と認めた場合は、軽度（B2）と判定することができる。

(手帳の交付手続)

第6条 交付対象者又は交付対象児の保護者は、交付対象者又は交付対象児（以下、交付対象児者という。）の写真、その他市長が必要と認める書類を添付した愛の手帳新規交付申請書（第2号様式。以下「新規交付申請書」という。）を、居住地の福祉保健センターの長（以下「福祉保健センター長」という。）を経由して、市長に提出しなければならない。

2 新規交付申請書を受理した福祉保健センター長は、愛の手帳判定依頼書（第3号様式。以下「判定依頼書」という。）を判定機関の長に送付するものとする。なお、判定依頼書にあたっては、愛の手帳の申請について（第3号様式の2）により決議する。

3 判定機関の長は、交付対象児者について判定を行い、判定結果を判定依頼書の判定結果記入欄に記入のうえ市長に送付するものとする。

4 判定機関の長は、交付対象児者の障害の程度の確認に必要な専門的診断を別表2に掲げる指定診断機関に依頼し、当該診断資料に基づいて判定を行うことができる。

- 5 判定機関の長は、交付対象児者の障害の程度の確認に必要な専門的診断及び判定が既に行われているときは、当該診断及び判定資料に基づき、判定を行うことができる。
- 6 市長は、手帳の交付を決定したときは、福祉保健センター長を経由して当該申請者にこれを交付するものとし、手帳を交付しないことを決定したときは、判定結果通知書（第4号様式）により福祉保健センター長を経由して当該申請者にその旨を通知するものとする。

（交付後の障害の程度の確認）

第7条 判定機関の長は、手帳の交付を受けた知的障害児者（以下「手帳所持者」という。）の交付後の障害の程度を確認するため、その時期を指定し、判定を行うものとする。

- 2 判定は、原則として2年ごとに行う。ただし、18歳以上の場合はこの限りではない。

（記載事項の変更）

第8条 手帳所持者又は保護者は、氏名、住所等の記載事項に変更を生じたときは、手帳を添えて愛の手帳変更届書（第5号様式）を福祉保健センター長を経由して市長に提出するものとする。

- 2 福祉保健センター長は、前項の届出に基づき、手帳の記載事項を訂正し、手帳所持者又は保護者に手帳を返還するとともに、当該届書を市長に送付するものとする。

（手帳の再交付）

第9条 交付対象者又は交付対象児の保護者は、第7条第1項に定める判定の実施又は、紛失、破損等により手帳の再交付を必要とするときは、愛の手帳再交付申請書（第5号様式の2）を市長に提出するものとする。この場合の手続は、第6条の規定を準用する。

（申請の取下）

第10条 手帳申請者は、一度行った手帳の申請が不要となり、申請を取り下げの場合は、愛の手帳取下届書（第5号様式の3）を市長に提出しなければならない。

（手帳の返還）

第11条 手帳所持者又は保護者は、手帳の再交付を受けたときは、新手帳と引き換えに、旧手帳を福祉保健センター長を経由して市長に返還しなければならない。

- 2 手帳所持者又は保護者は、手帳所持者が死亡等の事由により手帳を必要としなくなったときは、愛の手帳返還届書（第5号様式の4）を福祉保健センター長を経由して市長に提出し、併せて手帳を返還しなければならない。

（転入及び転出に係る手帳の取扱い）

第12条 転入に係る手帳の取扱いは、次のとおりとする。

- (1) 本市以外の都道府県及び指定都市で交付された手帳（以下「本市外手帳」という。）を所持する者又は保護者は、本市の手帳の交付を受けようとするときは、第6条第1項

に規定する申請を市長に行わなければならない。

- (2) 本市外手帳の所持者又は保護者は、前号により本市の手帳の交付を受けたときは、本市の手帳と引き換えに、本市外手帳を福祉保健センター長を経由して市長に提出しなければならない。
 - (3) 本市外手帳により障害の程度の確認ができる場合は、本市の手帳が交付されるまでの間、本市外手帳を活用できるものとする。
- 2 手帳所持者が本市から転出し、手帳を返還する場合の手続きは次のとおりとする。
- (1) 手帳所持者又は保護者は、愛の手帳市外転出届出書（第6号様式）を市長に提出するものとする。
 - (2) 手帳の返還については、手帳所持者又は保護者は、転出先の都道府県知事（指定都市にあっては、市長とする。）の指示に従うものとする。

（愛の手帳交付台帳等）

第13条 市長は、次の各号の事項を電磁記録により管理するものとする。

- (1) 手帳番号及び交付年月日
 - (2) 手帳所持者の氏名、住所及び生年月日
 - (3) 障害の程度及び確認に関する事項
 - (4) 保護者に関する事項
 - (5) 再交付に関する事項
- 2 市長は、手帳所持者が本市から転出した場合は、その旨を電磁記録に記録するものとする。

（記録媒体への収録）

第14条 第6条第3項及び第8条第2項に規定する市長への送付については、記録媒体（横浜市情報セキュリティ管理規程（平成17年3月達第2号）第2条第1項第5号に規定する記録媒体をいう。）への収録をもって行うものとする。

附 則

この要綱は、昭和51年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、昭和63年3月15日から施行し、昭和62年10月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成7年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成8年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成9年5月19日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則
(施行期日)

1 この要綱は、平成13年11月16日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱による改正前の横浜市療育手帳制度実施要綱によりなされた申請は、この要綱の施行日以後、この要綱による改正後の横浜市療育手帳制度実施要綱によりなされた申請とみなす。

附 則
(施行期日)

1 この要綱は、平成14年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の横浜市療育手帳制度実施要綱の規定により作成されている様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則
この要綱は、平成15年9月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成19年2月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成20年10月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成24年1月4日から施行する。

附 則
この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成26年3月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成28年1月4日から施行する。

附 則
この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

別表 1 (第 5 条第 1 項)

障害の程度		知能指数
最重度	A 1	おおむね20以下のもの
重 度	A 2	おおむね21以上35以下のもの
中 度	B 1	おおむね36以上50以下のもの
軽 度	B 2	おおむね51以上75以下のもの
非該当	C	前各号に該当しないもの

別表 2 (第 6 条第 4 項)

指定診断機関名
横浜市総合リハビリテーションセンター
横浜市南部地域療育センター
横浜市戸塚地域療育センター
横浜市北部地域療育センター
横浜市中部地域療育センター
横浜市西部地域療育センター
横浜市東部地域療育センター
地域療育センターあおば
よこはま港南地域療育センター
教育委員会事務局特別支援教育相談課 (横浜市特別支援教育総合センター)

愛の 手帳
(横浜市療育手帳)

(写真)

3 × 4 cm

横浜市



本人の欄

福祉保健
センター長印

現住所

(変更日 年 月 日)

現住所

(変更日 年 月 日)

現住所

(変更日 年 月 日)

判定記録

過去の判定記録

交付履歴欄

保護者の欄

福祉保健
センター長印

氏名
本人の関係
現住所

(変更日 年 月 日)

氏名
本人の関係
現住所

(変更日 年 月 日)

備考

療育相談の記録

年月日	事項	機関名
年月日	保護者の記録	

この手帳について

- この手帳は大きくさないように大切に持ちください。
- 児童相談所、障害者更生相談所、福祉保健センターなどへ行かれるときには、この手帳をお持ちください。
- この手帳に記載されていることで変更のある場合には、福祉保健センターに申し出てください。
- 保護者の記録欄は、本人の生活上のことなどでお気づきの点を御記入ください。
- この手帳の判定欄の記号は、障害の程度を表したものです。
- この手帳は、各手当及び制度等によって、次の判定時までには再判定を受けないと、使えなくなる場合がありますので御注意ください。
- この手帳の交付を受けたときと比較して、障害の程度が変化したと思われるときは、判定を受けた機関に申し出てください。
- 電車、バス、飛行機などの交通機関を割引運賃で使うときには、切符を買うときにこの手帳を提示するとともに、乗車中もかならずこの手帳をお持ちください。
- この手帳を他人に譲ったり貸したりすることはできません。

(次頁へつづく)

- この手帳について分からないことがありましたら、障害者更生相談所、各福祉保健センター、各児童相談所におたずねください。
- この手帳に表示されている記号により、次の手当制度等が利用できます。一部診断書等が必要になるものがあります。

制度名	障害区別		
	A1	A2	B1 B2
特別児童扶養手当	○	○	△
心身障害者扶養共済制度の加入	○	○	○
税金の障害者控除	○	○	○
重度障害者医療費の援助	○	○	○
水道料金等の減免	○	○	○
訓練・介助器具の作成・購入費の補助	○	○	○
JR・バス・地下鉄等の運賃の割引	○	○	○
バス・地下鉄特別乗車券の交付	○	○	○
福祉タクシー利用券の交付	○	○	○
有料道路通行料金の割引	○	○	○
国内航空運賃の割引	○	○	○

(この他の制度等の詳細は「障害福祉のあんない」をご覧ください。)

第1-2号様式 (第4条第3項)

愛の手帳(横浜市療育手帳)横浜市第 号

年 月 日交付

氏 名

生年月日

住所

保護者氏名 続柄

住所

判定年月日

障害の程度

判定機関

旅客鉄道株式会社旅客運賃減額

横浜市

印



対象者の個人番号											

年 月 日

愛の手帳 新規交付申請書

写真貼付欄

(申請先)
横浜市長

申請者

本人との関係 ()

住所

電話番号

愛の手帳の新規交付を次のとおり申請します。

<対象者>

氏名			
生年月日	(才)	性別	
住所	〒		
電話番号	()	()	FAX番号

<保護者>

氏名			
生年月日		本人との関係	
住所	〒		
電話番号	()	()	FAX番号

<状況>

総合判定経験			
総合判定機関		総合判定日	
入所施設			
入所期間	～		

<手帳>

愛の手帳	横浜市 第 号	交付
	程度： 種別： 種	再判定年月：
	前回判定日：	前回判定機関：
身体障害者手帳	第 号	交付 級・種
	障害名：	再認定年月：
精神障害者保健福祉手帳	号	交付
	等級： 級	有効期間：
		～

愛の手帳 判定依頼書

〇〇〇〇福祉保健センター長

次のとおり判定を依頼します。

--

＜対象者＞	氏名			
	生年月日	(才)	性別	
	住所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

＜保護者＞	氏名			
	生年月日	本人との関係		
	住所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

＜状況＞	総合判定経験			
	総合判定機関	総合判定日		
	入所施設			
	入所期間	～		

＜手帳＞	愛の手帳	横浜市 第 号 交付		
		程度： 種別： 種 再判定年月：		
		前回判定日： 前回判定機関：		
	身体障害者手帳	第 号 交付 級・種		
		障害名： 再認定年月：		
	精神障害者保健福祉手帳	第 号 交付		
		等級： 級 有効期間：	～	

申出書		総合判定依頼	
-----	--	--------	--

【判定結果記入欄】

判定結果			
判定機関	ファイルNo.		
判定日	再判定年月		

年 月 日

--

横浜市長

は ん て い け っ か つ う ち し ょ
判定結果通知書

申請のありました愛の手帳の判定結果については、以下のとおりです。

〈対象者〉	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
	電 話 番 号	()	F A X 番 号	

〈保護者〉	氏 名			
	生 年 月 日		本 人 と の 関 係	
	住 所			
	電 話 番 号	()	F A X 番 号	

〈 結 果 〉	
---------	--

※この処分不服があるときは、手帳の内容を知った日の翌日から起算して3月以内に、横浜市長に審査請求をすることができます。
また、この処分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、横浜市を被告として訴訟を提起することもできます。

【問い合わせ先】

愛の手帳 変更届書

(届出先)
横浜市長

申請者 _____ 本人との関係 ()

住所 _____

電話番号 _____

愛の手帳の変更を次のとおり届出します。

- 変更理由： 住所変更 氏名変更 電話番号変更 性別変更
 生年月日変更 保護者情報変更 その他

理由発生日：

対象者 (現)	氏名			
	生年月日	(才)	性別	
	住所			
	電話番号	()	()	FAX番号

対象者 (新)	氏名			
	生年月日	(才)	性別	
	住所			
	電話番号	()	()	FAX番号

保護者 (現)	氏名			
	生年月日		本人との関係	
	住所			
	電話番号	()	()	FAX番号

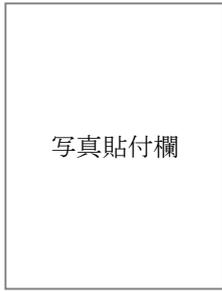
保護者 (新)	氏名			
	生年月日		本人との関係	
	住所			
	電話番号	()	()	FAX番号

手帳	愛の手帳	横浜市 第 号	交付
		程度： 種別： 種	再判定年月：
身体障害者手帳		第 号	交付 級・種
		障害名：	再認定年月：

対象者の個人番号									

年 月 日

愛の手帳 再交付申請書



(申請先)
横浜市長

申請者

本人との関係 ()

住所

電話番号

愛の手帳の再交付を次のとおり申請します。

※愛の手帳再交付申請に際して、判定に必要となる情報について、台帳及び関係機関に確認することに同意します。

再交付理由：

〈対象者〉	氏 名			
	生 年 月 日	(才)	性 別	
	住 所	〒		
	電 話 番 号	()	()	F A X 番 号

〈保護者〉	氏 名			
	生 年 月 日	本人との関係		
	住 所	〒		
	電 話 番 号	()	()	F A X 番 号

〈状況〉	総合判定経験			
	総合判定機関	総合判定日		
	入所施設			
	入所期間	～		

〈手帳〉	愛の手帳	横浜市 第 号	交付
	程度：	種別： 種	再判定年月：
		前回判定日：	前回判定機関：
	身体障害者手帳	第 号	交付 級・種
		障害名：	再認定年月：
	精神障害者保健福祉手帳	号	交付
		等級： 級	有効期間： ～

愛の手帳 取下届書

(届出先)
横浜市長

申請者 _____ 本人との関係 ()

住所 _____

電話番号 _____

愛の手帳の申請を次のとおり取下します。

取 下 理 由 :

〈対象者〉	フリガナ 氏 名			
	生年月日	(才)	性 別	
	住 所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

〈保護者〉	氏 名			
	生年月日		本人との 関 係	
	住 所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

〈手帳〉	愛の手帳	横浜市 第 号	交付
		程度： 種別： 種 再判定年月：	
	身体障害者手帳	第 号	交付 級・種
	障害名：	再認定年月：	
	精神障害者 保健福祉手帳	号	交付
	等級： 級 有効期間：	～	

愛の手帳 返還届書

(届出先)
横浜市長

申請者 _____ 本人との関係 (_____)

住所 _____

電話番号 _____

愛の手帳の返還を次のとおり届出します。

返 還 理 由 :

理 由 発 生 日 :

〈対象者〉	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	(才)	性 別	
	住 所	〒		
電話番号	()	()	FAX番号	

〈保護者〉	氏 名			
	生年月日		本人との関係	
	住 所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

〈手帳〉	愛の手帳	横浜市 第 号	交付
		程度: 種別: 種 再判定年月:	
	身体障害者手帳	第 号	交付 級・種
	障害名:		再認定年月:
精神障害者保健福祉手帳	号	交付	
	等級: 級 有効期間:	~	

愛の手帳 市外転出届書

(届出先)
横浜市長

申請者 _____ 本人との関係 ()

住所 _____

電話番号 _____

愛の手帳の市外転出を次のとおり届出します。

転出先住所：

転出日：

〈対象者〉	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	(才)	性別	
	住所	〒		
電話番号	()	()	FAX番号	

〈保護者〉	氏名			
	生年月日		本人との関係	
	住所	〒		
	電話番号	()	()	FAX番号

〈手帳〉	愛の手帳	横浜市 第 号	交付
		程度： 種別： 種 再判定年月：	
	身体障害者手帳	第 号	交付 級・種
	障害名：	再認定年月：	
精神障害者保健福祉手帳	第 号	交付	
	等級： 級 有効期間：	～	