

障発 0329 第 31 号
平成 31 年 3 月 29 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公印省略)

身体障害者手帳の様式等について

身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）に規定する身体障害者手帳については、これまで身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）別表第四号によって様式を定めていたところである。

今般、身体障害者福祉法施行規則及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成 31 年厚生労働省令第 48 号）により、身体障害者手帳についての記載事項の見直し等が行われ、改正後の身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）が、平成 31 年 4 月 1 日から施行されることに伴い、身体障害者手帳の様式例等について下記のとおり定めることとしたので、その適切かつ円滑な実施に努められたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）である。

おって、平成 31 年 3 月 31 日をもって、「身体障害者手帳の取扱いについて」（昭和 25 年 5 月 26 日社乙発第 77 号厚生省社会局長通知）、「身体障害者手帳の記載事項について」（昭和 26 年 10 月 15 日社乙発第 148 号厚生省社会局長通知）及び「内部障害にかかる身体障害者手帳の障害名の記載について」（昭和 42 年 12 月 23 日社更第 365 号厚生省社会局長通知）は廃止する。

記

第一 身体障害者手帳の様式

- 1 身体障害者手帳の様式は、別紙 1 の例によるものとする。ただし、身体障害者手帳の交付を受ける者が希望する場合は、別紙 2 の様式とすることができる。
- 2 別紙 2 の様式により身体障害者手帳を交付する場合において、都道府県知事（地方自治法第 252 条の 19 第 1 項に規定する指定都市及び同法第 252 条の 22 第 1 項に規定

する中核市にあっては、その長とする。以下同じ)は、次に掲げる事項を遵守するものとする。

- (1) プラスチックその他の材料を用い、厚さは0.7ミリメートル程度とし、使用に耐えうるものとする。
- (2) 潜像、特殊形状スクリーン、パールインキ等の偽造防止対策を施すこと。
- (3) 備考欄はサインパネル加工とし、必要な事項を記載できるようにすること。
- (4) 縁に切り欠きを入れる又は券面に点字シールを貼る等の視覚障害者が判別しやすいような加工等を施すこと。
- (5) 写真は、申請時に添付されたものを、スキャン等によりデータとして取り込んだ上で券面に印刷すること。
- (6) 券面に図柄等を入れる場合は、記載事項が判別可能な範囲に留めること。
- (7) 事前に、手帳の材質、偽造防止の手法、切り欠き等の加工その他の仕様を当職宛に情報提供するとともに見本を提出すること。

第二 身体障害者手帳の交付を受ける者への周知

都道府県知事は、身体障害者手帳の交付を受ける者に次に掲げる事項を周知するものとする。

- 1 住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届を出すこと。
- 2 身体障害者手帳をなくし又は使用できなくなったときは、再交付を申請すること。
- 3 身体障害者手帳を譲渡又は貸与してはならないこと。

第三 障害名の記載方法について

障害名の記載方法については、「身体障害者手帳の取扱いについて」(昭和25年5月26日社乙発第77号厚生省社会局長通知)及び「内部障害にかかる身体障害者手帳の障害名の記載について」(昭和42年12月23日社更第365号厚生省社会局長通知)において、傷病名(診断名)及び障害程度を簡潔かつ明瞭に記載することとしていたが、プライバシーへの配慮という観点から、以下に例示するような障害種別のみの記載とすることで差し支えない。

ただし、身体障害者手帳の交付を受ける者によって、具体的な障害の内容が身体障害者手帳に記載されていた方がよいと判断される場合等には、本人の意向を踏まえる等した上で、従来のように傷病名及び障害程度を記載することとする。

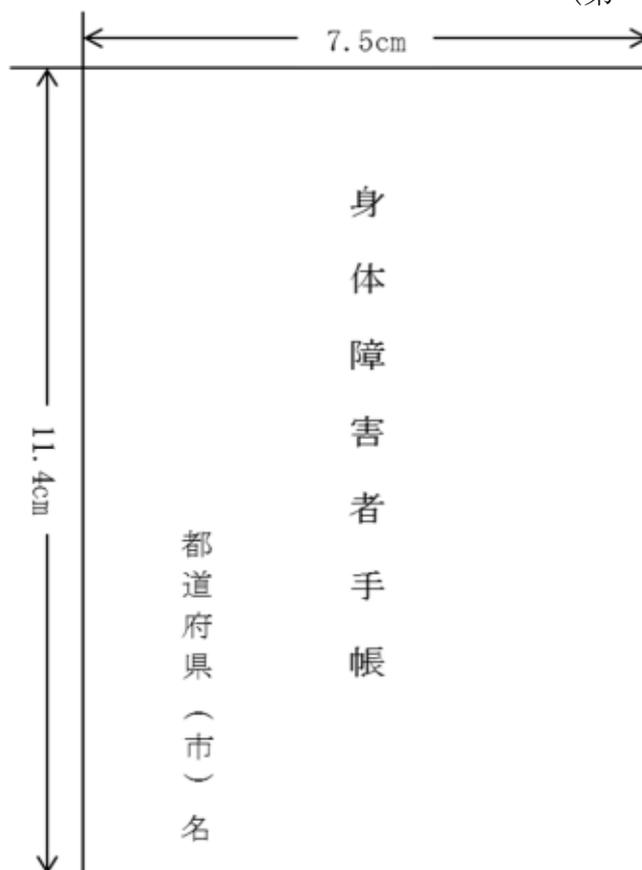
記載例

- 1 視力障害
- 2 視野障害
- 3 聴覚機能障害
- 4 平衡機能障害
- 5 音声・言語・そしゃく機能障害
- 6 上肢不自由

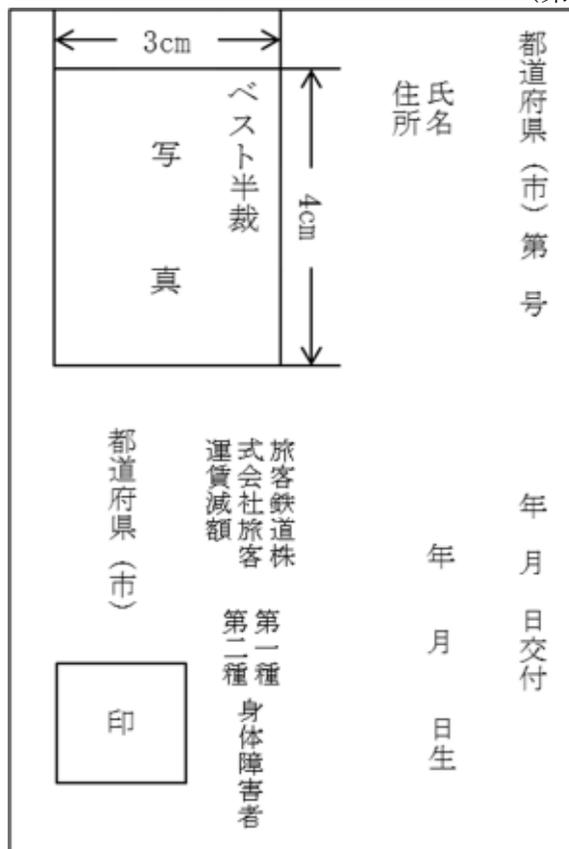
- 7 下肢不自由
- 8 体幹機能障害
- 9 上肢機能障害
- 10 移動機能障害
- 11 心臓機能障害
- 12 じん臓機能障害
- 13 呼吸器機能障害
- 14 ぼうこう又は直腸機能障害
- 15 小腸機能障害
- 16 免疫機能障害
- 17 肝臓機能障害

身体障害者手帳 (紙様式)

(第一面)



(第二面)



(第三面)

注)住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届けを出してください					現住所	本人の欄
					転入年月日	
					福祉事務所 の長 又は 町村長の 印	

(第四面)

				氏名	保護者の欄
				続柄	
				現住所	
				保護者となった年月日	
				福祉事務所 の長 又は 町村長の 印	

(第五面)

障 害 名	身体障害者等級表による級別
	級

(第六面)

備 考

身体障害者手帳 (カード様式)

(表)

身体障害者手帳
都道府県(市) 第 号
交付日 年 月 日
氏名
生年月日 年 月 日
住所
保護者氏名
続柄 住所
障害名
障害程度等級
旅客鉄道株式会社
旅客運賃減額 第一種・第二種身体障害者
都道府県(市) 印

写真
ベスト半裁

22mm
27.5mm
12mm
2mm
53.98mm
85.60mm

(裏)

備考

注) 住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届を出してください。