

バスを降車する際にそれぞれの手帳を運転士に提示してください。提示することにより運賃を半額にすることが
できます。

表面

本人の欄			障害名	障害名 ○○○○	身体障害者手帳
現住所	変更 年月日	福祉事務所長 又は町村長印	当初交付年月日 平成○○年○月○日		岐阜県第 0000000号
多治見市○○町 ○○番地の○		印			 身体障害者 等級表に○級 による等級 旅客鉄道株式会社 社旅客運賃減額

裏面

[illegible]

表面

療育手帳		本人住所											
 岐阜県 第 0000000 号 旅客鉄道株式会社 社旅客運賃減額 第 〇 種		電話番号 保護者氏名 保護者住所											
令和〇〇年〇月〇日交付 氏名 〇〇 〇〇 平成〇〇年〇月〇日生 岐阜県		続柄 電話番号 当初交付年月日 平成〇〇年〇月〇日											
印		判定の記録 <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">審査の 年度</td> <td>身体障害者手帳番号 第 号</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td colspan="2">判定年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">次の判定年月 年 月</td> </tr> <tr> <td colspan="3">判定機関</td> </tr> </table> (教示) 1 この処分について不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、岐阜県知事に対して審査請求をすることができます。 2 この処分について不服があるときは、上記1の審査請求のほか、		審査の 年度	身体障害者手帳番号 第 号	級	判定年月日 令和 年 月 日		次の判定年月 年 月		判定機関		
審査の 年度	身体障害者手帳番号 第 号	級											
	判定年月日 令和 年 月 日												
	次の判定年月 年 月												
判定機関													

裏面

(予備欄) ¹⁾	4)	(予備欄)²⁾	療養及び相談の記録³⁾ (医療、教育、福祉サービス等)⁴⁾		
			※		
			年月日 ⁵⁾	審 査 ⁶⁾	取扱期間 ⁷⁾
			a1	a2	a3
			a4	a5	a6
			a7	a8	a9
			a10	a11	a12
			a13	a14	a15
			a16	a17	a18
			a19	a20	a21
			a22	a23	a24

表面のみ

	生年月日	昭和〇年〇月〇日	氏名	〇〇〇	交付日	令和〇年〇月〇日	備考
					有効期限	令和△年〇月〇日	
					更新	令和〇年〇月〇日	
					更新	平成〇年〇月〇日	
住所	多治見市〇〇町		岐阜県		印		
障害等級	〇級						
手帳番号	〇〇〇〇-〇号		精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第45条の保健福祉手帳				