

障がい者割引回数券を購入する場合に添付する画像について

住所・氏名・生年月日、障害の程度（点線部分）が分かるページが必要です。赤い部分を撮影し送付してください。

1 身体障害者手帳

表面

本人の欄 <table border="1"> <tr> <td>現住所</td> <td>変更年月日</td> <td>福祉事務所長又は町村長印</td> </tr> <tr> <td>多治見市〇〇町 〇〇番地の〇</td> <td></td> <td>印</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	現住所	変更年月日	福祉事務所長又は町村長印	多治見市〇〇町 〇〇番地の〇		印																障害名 〇〇〇〇 当初交付年月日 平成〇〇年〇月〇日	身体障害者手帳 岐阜県第 0000000 号 身体障害者等級表に〇級 よる等級 旅客鉄道株式会社 社旅客運賃減額 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 印
現住所	変更年月日	福祉事務所長又は町村長印																					
多治見市〇〇町 〇〇番地の〇		印																					

裏面

身体障害者手帳（別紙）番号 第 〇 号 有効期限 平成 〇 年 〇 月 〇 日 有効道路 印	備考	身体障害者手帳（別紙）番号 第 〇 号 有効期限 平成 〇 年 〇 月 〇 日 有効道路 印
--	-----------	--

2 療育手帳

表面

療育手帳 岐阜県第 0000000 号 旅客鉄道株式会社 社旅客運賃減額 第 〇 種 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 印	本人住所 電話番号 保護者氏名 保護者住所 続柄 電話番号 当初交付年月日 平成〇〇年〇月〇日	判定の記録 <table border="1"> <tr> <td>身体障害者手帳番号</td> <td>第 〇 号</td> </tr> <tr> <td>判定年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>次の判定年月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>判定機関</td> <td></td> </tr> </table> （教示） 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知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 この処分に不服があるときは、上記1の審査請求のほか、	身体障害者手帳番号	第 〇 号	判定年月日	令和 年 月 日	次の判定年月	年 月	判定機関	
身体障害者手帳番号	第 〇 号									
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）	（予備欄）	療育及び相談の記録 （医療、教育、福祉サービス等） <table border="1"> <tr> <th>年月日</th> <th>療</th> <th>育</th> <th>相談機関</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	年月日	療	育	相談機関																												
年月日	療	育	相談機関																															

3 精神障害者保健福祉手帳

表面のみ

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 氏名 〇〇 〇〇 住所 多治見市〇〇町 障害等級 〇級 手帳番号 〇〇〇〇-〇号 岐阜県 印 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	交付日 令和〇年〇月〇日 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 備考
--	--