


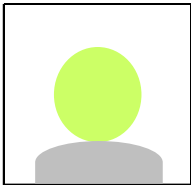

【知的障害者世帯の減免に必要なもの】

 で囲んだ箇所が読み取れる写真またはPDFを添付してください。  
それ以外の部分は隠していただいても構いません。




(減免対象資格)

○児童相談所又は知的障害者更生相談所において最重度(A1)又は重度(A2)の知的障害と判定されている方がいる世帯。


<紙形式の手帳の場合>

<b>療育手帳</b>		
神奈川県 第*****号		
交付年月日 平成 年 月 日		
再交付年月日 平成 年 月 日		
氏名		
年 月 日生		
障害の程度 *		
旅客鉄道株式会社		 神奈川県
旅客運賃減額 第*種		

判定機関	
次の判定年月	
本人住所	
保護者氏名	続柄
保護者住所	
判定年月日	

記載事項変更欄		
変更住所	<b>記載のある場合のみ 提出してください</b>	
変更氏名		
変更住所		
変更氏名		
変更本人・保護者	年 月 日	
変更住所		
変更氏名		

<カード形式の手帳の場合>

	<b>療育手帳</b>	
	神奈川県 第123456号	
交付年月日 平成30年4月1日		
再交付年月日 令和3年11月1日		
氏名 神奈川 太郎		
生年月日 平成17年4月1日		
住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234		
県庁マンション1234		
保護者氏名 神奈川 花子	続柄 母	
住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234		
県庁マンション1234		
障害の程度 A1	次の判定年月 令和4年4月	 神奈川県 印
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第1種		

【備考】
判定機関 ○○児童相談所 判定年月日 令和2年3月16日
<b>記載のある場合のみ 提出してください</b>
<small>(注) 住所や氏名が変わったときは、すぐに変更の届を出してください。</small>