

精神障害者保健福祉手帳関係書類

○精神障害者保健福祉手帳で受けられる主な減免制度

1 税金の控除及び減免（主なもの）

等級	種類	内容
1 級	所得税	所得控除 1 人につき 40 万円
	住民税	所得控除 1 人につき 30 万円
	相続税	20 万円 × (85 歳－障害者の年齢) の税額を控除
	贈与税	6,000 万円まで非課税
	自動車税種別割	43,500 円～51,700 円の減免
	軽自動車税種別割	全額（市町村によって異なる。）
	（軽）自動車税環境性能割	自動車の所得価格（課税標準額）から 300 万円控除
2 級・3 級	所得税	所得控除 1 人につき 27 万円
	住民税	所得控除 1 人につき 26 万円
	相続税	10 万円 × (85 歳－障害者の年齢) の税額を控除
	贈与税	3,000 万円まで非課税
手帳所持者	ゴルフ場利用税	非課税
	利子等の所得税と住民税	「マル優」預貯金、公社債、投資信託等それぞれの元本の合計が 350 万円までの利子等が非課税
		「特別マル優」国債、地方債の額面の合計が 350 万円までの利子等が非課税

※自動車税種別割、軽自動車税種別割及び（軽）自動車税環境性能割については、精神通院医療の公費負担を受けている者に限る。

2 県営住宅への入居

「世帯向け住宅」に入居を希望する 2 級以上の精神障害のある人及びその世帯で住宅に困っている人は、入居選考において、優遇措置を実施

3 運賃割引制度

土佐くろしお鉄道

対象種別	乗車形態	対象者年齢	割引率	乗車券種類
精神障害者 保健福祉手帳 1 級	単独で乗車する場合	12 歳以上	5 割引	普通乗車券
	介護者と一緒に乗車する場合	12 歳以上	本人、介護者とも 5 割引	普通乗車券 普通回数券 通勤定期券
		12 歳未満	介護者のみ 5 割引	
精神障害者 保健福祉手帳 2・3 級	単独で乗車する場合	12 歳以上	5 割引	普通乗車券
	介護者と一緒に乗車する場合	12 歳以上	本人のみ 5 割引	
		12 歳未満	介護者のみ 5 割引	通勤定期券

高知駅前観光、とさでん交通、県交北部交通、高知高陵交通、高知西南交通、高知東部交通

1 級・・・・本人、介護者（1 人）とも 5 割引

2 級・3 級・本人のみ 5 割引

※一部バス会社で割引内容が異なります。

J R（令和 7 年 4 月 1 日から）

介護者と同乗の場合

対象者	対象となる乗車券	割引率
1 級所持者と介護者	・ 普通乗車券・回数乗車券・普通急行券 ・ 定期乗車券（小児定期乗車券を除く）	5 割
12 歳未満の 2、3 級所持者と介護者	・ 定期乗車券（小児定期乗車券を除く）	5 割

一人で利用する場合

手帳所持者が片道の営業キロが 100 キロを超える場合に限り、普通乗車券が 5 割

その他の船舶や私鉄等

割引を行っているところがありますので、乗車券の販売窓口にお問い合わせください。

国内航空運賃

満 12 歳以上の場合本人及び介護者（1 人）が割引。割引率は、各航空券の料金等、諸条件によって異なります。

タクシー運賃

手帳所持者は、一部を除くタクシー会社で高知県内で乗車する場合、1 割引

4 その他の減免等

- ・ N H K 放送受信料の免除

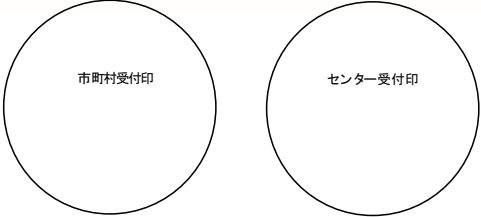
世帯に手帳所持者があり、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合全額免除

世帯主が重度の精神障害者 1 級の場合半額免除

- ・ 手帳所持者に対して

104 番号案内料の無料、携帯電話の料金割引、河川の遊漁料の減額・免除、県立施設の入場料（使用料）の免除懐徳館（高知城）等 19 施設あり。

第 30 号様式(第 20 条関係)



障 害 者 手 帳 申 請 書

高 知 県 知 事 様

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

のりづけ位置

写真提出欄

のりづけ位置

写真提出欄

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
【新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付】（申請項目を○で囲んでください。）

申 請 者 (本 人)	フリガナ 氏 名					生年月日		年 月 日			
	住 所										
	個 人 番 号										
現 に 監 護 する 者 の 連 絡 先 (申請者が18歳 未満の場合記入)	フリガナ 氏 名					本人との続柄 (○印)		父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()			
	住 所	電話 ()									
添 付 書 類 (○ 印)	1 医師の診断書(手帳用) 2 年金証書等の写し(級)・同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書 4 写真(縦4cm×横3cm)							備 考			
既 存 の 手 帳	有効期限	年 月 末日		等 級		手帳 番号					
再 交 付 の 要 否	要・否	再 交 付 が 必 要 な 理 由	1 破れた 2 汚れた 3 なくした 4 新たな更新欄がない 5 都道府県を越える居住地 6 その他 ()								
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏 名				本人 との 関係		住 所	電話 ()			

- (注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振り込み通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。
- 4 ※印の欄は記入しないでください。

※高知県精神障害者保健福祉手帳等判定会結果記載欄					※手帳様式印刷
委 員 名	1	2	3		
判 定 結 果	1・2・3 不 承 認	1・2・3 不 承 認	1・2・3 不 承 認	1・2・3 不 承 認	
※精神障害者保健福祉手帳		決定等級 級 ・ 不承認			要・不要
※ 有 効 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日			

診 断 書 （ 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 申 請 用 ）

氏 名			年 月 日 生 （ 歳 ）
住 所			
1 病 名 （ICDコードは、右の病名と対応するF00からF99までの範囲又はG40のいずれかを記入してください。）	(1) 主たる精神障害 _____ (2) 従たる精神障害 _____ (3) 身体合併症 _____	ICDコード（ _____ ） ICDコード（ _____ ） 身体障害者手帳（有・無、種別 _____ 級）	
2 初診年月日	(1) 主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (2) 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
3 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 （推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療の内容等を記入してください。）	(推定発病年月 _____ 年 _____ 月頃) (器質性精神障害（認知症を除く）の場合は、発症の原因となった疾患名及びその発症年月日 疾患名（ _____ ） 発症年月日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）)		
4 現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲んでください。）			
(1) 抑鬱状態	ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他（ _____ ）		
(2) 躁 ^{そう} 状態	ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他（ _____ ）		
(3) 幻覚妄想状態	ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他（ _____ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他（ _____ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態	ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他（ _____ ）		
(6) 情動及び行動の障害	ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他（ _____ ）		
(7) 不安及び不穏	ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他（ _____ ）		
(8) てんかん発作等 （けいれん及び意識障害）	ア てんかん発作 イ 意識障害 ウ その他（ _____ ） 発作型（ _____ ） 頻度（ _____ 回／月又は _____ 回／年） 最終発作（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） ＊ 発作型は、次の「(ア)、(イ)、(ウ)、(エ)」で記入してください。頻度は、過去2年間について記入してください。 (ア)意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (イ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (ウ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (エ)意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他（ _____ ） (ア)乱用 (イ)依存 (ウ)残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲してください） (エ)その他（ _____ ） 現在の精神作用物質の使用 有・無 （不使用の場合、その期間 _____ 年 _____ 月から）		
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	ア 知的障害（精神遅滞） (ア)軽度 (イ)中等度 (ウ)重度 療育手帳（有・無、等級等 _____ ） イ 認知症 ウ その他の記憶障害（ _____ ） エ 学習の困難 (ア)読み (イ)書き (ウ)算数 (エ)その他（ _____ ） オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他（ _____ ）		
(11) 広汎性発達障害関連症状	ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他（ _____ ）		
(12) その他（ _____ ）			
5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 (検査所見：検査名、検査結果及び検査時期)			
6 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判定してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。）			
(1) 現在の生活環境 入院・入所（施設名 _____ ）・在宅（単身・家族等と同居） その他（ _____ ）	(3) 日常生活能力の程度（該当するもののいずれかを○で囲んでください。） ア 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 イ 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 ウ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 エ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。		
(2) 日常生活能力の判定（該当するもののいずれかを○で囲んでください。） ア 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない イ 身の清潔保持及び規則正しい生活 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない ウ 金銭管理及び買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない エ 通院及び服薬（要・不要） 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない オ 他人との意思伝達及び対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない カ 身の安全保持及び危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない キ 社会的手続及び公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない ク 趣味及び娯楽への関心並びに文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない			
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（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に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等）			
9 備 考			
10 自立支援医療（精神通院医療）の重度かつ継続に係る判定（自立支援医療を同時申請する場合にご記入ください。） （「重度かつ継続」に該当かつ主たる精神障害の I C D カテゴリーが F 40から F 99までの範囲の場合は、診断する医師の略歴について、 ア、イ又はウのうち該当するもののいずれかを○で囲んでください。） A 該当 B 非該当 ア 精神保健指定医 イ 精神科医（3年以上精神医療に従事） ウ その他の医師（3年以上精神医療に従事）			
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 所 在 地 名 称 電話番号 診療科担当科名 担当医師氏名 ㊟ (自署又は記名押印)			