

精神障害者保健福祉手帳の様式



障 害 者 手 帳

茨木市 第 ○○○○○○○○○○号
交付日 令和○年○月○日
有効期限 令和○年○月○日
氏 名 ○○ ○○
生年月日 ○○○○○○○○
障害等級 ○級

旅客鉄道
株式会社等 第○種
旅客運賃減額



茨木市



令和7年1月以降にお渡しする手帳には
ゴム印(黒色)にて種別の表記を行います。
令和7年2月中旬以降は印字にて表記します。