

障害証明書

		※整理番号	
① 障害者の氏名・性別		(ふりがな)..... 男 女	② 生年月日 年 月 日
障害者の状況	③ 1 知的障害	A (重 度) ・ B (中度、軽度)	
	④ 2 身体障害	ア 障害の種類	視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく機能、肢体不自由（上肢・下肢・体幹・運動機能）、心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓機能
		イ 障害の程度	身体障害者福祉法施行規則別表第5号による。 1 級・2 級・3 級
	⑤ 3 その他の障害	ア 障害名	(主障害名) (その他の障害名)
		イ 障害の程度	
⑥ 就労の有無	職 種 有 ・ 無 平均月収額		
⑦ 日常生活の介助の必要度	1 極めて介助の必要がある。 2 かなり介助の必要がある。 3 ほとんど介助の必要がない。		
⑧ 上記事項についての特記事項			
⑨ 療育手帳、身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持の有無	有	療育手帳（記号番号） 身障手帳（記号番号） 精神保健福祉手帳（1級・2級）（記号番号）	） ） ） ・ 無
⑩ 障害基礎年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当又は福祉手当受給の有無	有	障害基礎・特児（証書の記号番号） 特障・障児・福祉手当 （認定通知交付番号）	） ） ・ 無
⑪ 児童相談所、知的障害者更生相談所又は身体障害者更生相談所の判定の有無	有	（判定機関名） （判定年月日）	） ） ・ 無
⑫ 施設入所の有無	有	（施設の種類）	） ・ 無
⑬ 証明機関	上記のとおり証明します。 所在地 名称		年 月 日 ⑩

(添付書類) ⑨～⑫のいずれも無の場合は、医師の診断書を添付して下さい。
注 ※印欄は記入しないでください。