

様式第2号（第3条関係）

障 害 証 明 書

		整理番号	
① 障害者の氏名・性別		(フリガナ)..... 男 女	② 生年月日 年 月 日
障 害 の 状 況	③ 1 知的障害		A (重 度) ・ B
	④ 2 身体障害	ア 障害の種類	視覚, 聴覚, 平衡機能, 音声, そしやく, 言語機能, 肢体不自由 (上肢・下肢・体幹・運動機能), 心臓, 腎臓, 呼吸器, ぼうこう, 直腸, 小腸, ヒト免疫不全ウイルスによる免疫, 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		有 (職種 平均月収額 ) ・ 無	
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, 身体障害者手帳及び精神保健福祉手帳所持の有無		療 育 手 帳 (記号番号 ) 有 身体障害者手帳 (記号番号 ) ・ 無 精神保健福祉手帳 (1級・2級) (記号番号 )	
⑩障害基礎年金, 特別児童扶養手当, 特別障害者手当, 障害児福祉手当及び福祉手当受給の有無		障害基礎・特児 (証書の記号番号 ) 有 特障・障児・福祉手当 (認定通知交付番号 ) ・ 無	
⑪児童相談所及び知的障害者・身体障害者更生相談所の判定の有無		(判定機関名 ) 有 (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		令和 年 月 日 印

(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。