

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 明大昭平 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・そしゃく・言語機能、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・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 殆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、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、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) ・ 無 (認定通知交付番号)		
⑪児童相談所、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	年 月 日 ⑭	

(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。

(記載上の注意)「整理番号」欄は、都道府県市において加入者各自の整理番号を転記して下さい。