

障 害 証 明 書

※整理番号

① 障害者の氏名・性別		(フリガナ)	② 生年月日	年 月 日
障 害 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、音声機能、言語機能、そしやく機能、肢体不自由、心臓機能、じん臓機能、呼吸器機能、ぼうこう機能、直腸機能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能、肝臓機能	
		イ 障害の程度	身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）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	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、身体障害者手帳又は精神保健福祉手帳の所持の有無	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の受給の有無	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	上記のとおり証明する。			年 月 日 所在地 名 称 ㊦

添付書類

⑨から⑫までのいずれも無の場合は、医師の診断書を添付してください。

注 ※印欄には、記入しないこと。