

(別紙様式6)

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 大昭平令 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 ㊦

(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。