

様式2-3

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
③ 1 知的障害		A (重度) • B	
障害の状況	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
状況	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、精神障害者保健福祉手帳所持の有無	有 療育手帳(記号番号) • 無 身体障害者手帳(記号番号) • 無 精神障害者保健福祉手帳(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、福祉手当受給の有無	障害基礎年金(証書の記号番号) • 無 特別児童扶養手当(受給者記号番号) • 無 有 特別障害者手当・障害児福祉手当・福祉手当(認定通知交付番号) • 無	
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	有 (判定機関名) • 無 (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。