

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、精神障害者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 精神障害者保健福祉手帳 ( 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		障害基礎年金 (証書の記号番号 ) 特別児童扶養手当 (受給者記号番号 ) 有 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 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。 年 月 日 所 在 地 名 称 ㊟				

(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。