

様式第4号(第4条関係)

障害証明書

		整理番号	
障害者の氏名・性別		(フリガナ) _____	年月日
		男 女	年 月 日
障害 の 状 況	1 知的障害		A(重度)・B
	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
	3 其 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			
就 労 の 有 無		有(職種)・無 平均月収額	
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。	
上記事項についての 特 記 事 項			
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)	
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)	
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)	
施 設 入 所 の 有 無		有 (施設の種類)・無	
証明 機 関	上記のとおり証明します。 所在地 名 称		年 月 日 印

(添付書類) ~ のいずれも「無」の場合には, 医師の診断書を添付してください。
(記載上の注意) 「整理番号」欄は, 都道府県において加入者各自の整理番号を転記してください。