

様式第3号(第2条関係)

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	③1	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 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、身体障害者手帳所持の有無	療育手帳(記号番号) 有 身障手帳(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・特児 有 (証書の記号番号) ・ 無 特障・障児・福祉手当 (認定通知交付番号)
⑪	判 定 の 有 無	有 (判定機関名) ・ 無 (判定年月日)
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 印 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ください。