第3号様式（第2条関係）

**障　害　証　明　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| ① 障害者の　氏名、性別 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)　　　　　　　　　　　　　　　　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　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、精神保健福祉手帳所持の有無 | 有 | 療育手帳　　　　（記号番号　　　　　　　　　　　　　）身体障害者手帳　（記号番号　　　　　　　　　　　　　）精神保健福祉手帳（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 | 有 | 障害基礎・特児（証書の記号番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　）特障・障児・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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（判定年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ・　無 |
| ⑫ 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。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

注　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。

（規格Ａ４）