

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1 身体計測

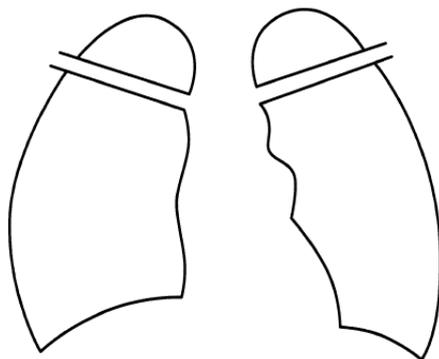
身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
- ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
- エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
- オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

3 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 線維化 (無・軽度・中等度・高度)
- エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
- オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)
- カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)



4 換気機能 (年 月 日)

- ア 予測肺活量 □ . □ □ L (実測肺活量 □ . □ □ L)
- イ 1 秒量 □ . □ □ L (実測努力肺活量 □ . □ □ L)
- ウ 予測肺活量1秒率 □ □ . □ % $\left(= \frac{1}{ア} \times 100 \right)$

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- 1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1. ぼうこう機能障害

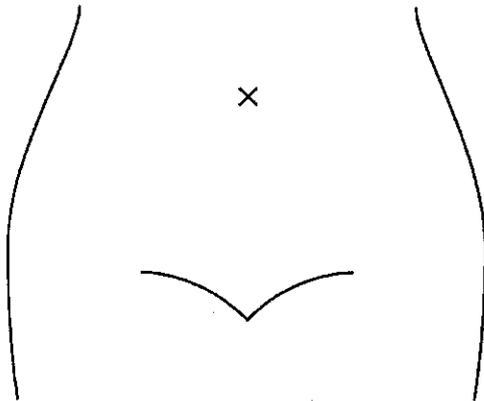
尿路変向（更）のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 腎瘻 腎盂瘻
 - 尿管瘻 ぼうこう瘻
 - 回腸（結腸）導管
 - その他 [_____]
- ② 術式： [_____]
- ③ 手術日： [_____ 年 月 日]

(2) ストマにおける排尿処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有
（理由）
- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
- 無



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

高度の排尿機能障害

(1) 原因

神経障害

- 先天性： [_____]
（例：二分脊椎 等）
- 直腸の手術
 - 術式： [_____]
 - 手術日： [_____ 年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
- 自己導尿の常時施行
- 完全尿失禁
- その他

自然排尿型代用ぼうこう

- 術式： [_____]
- 手術日： [_____ 年 月 日]

2. 直腸機能障害

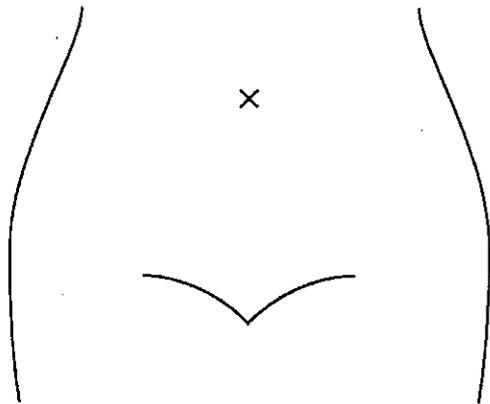
腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類 空腸・回腸ストマ
 上行・横行結腸ストマ
 下行・S状結腸ストマ
 その他 [_____]
- ② 術式： [_____]
- ③ 手術日： [_____ 年 _____ 月 _____ 日]

(2) ストマにおける排便処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有
 (理由)
- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位, 大きさについて図示)
- ストマの変形
- 不適切な造設箇所
- 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障害
 疾患名： [_____]
- ② その他
 疾患名： [_____]

(2) 瘻孔の数： [_____] 個

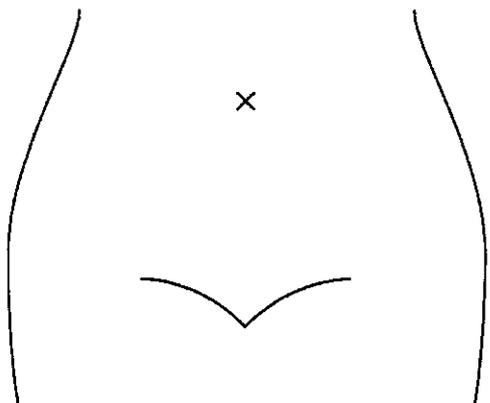
(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位, 大きさについて図示)
- その他

[_____]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[_____]

(例：二分脊椎 等)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日：[_____ 年 _____ 月 _____ 日]

小腸肛門吻合術

手術日：[_____ 年 _____ 月 _____ 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[_____]

3. 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの

治癒困難な腸瘻があるもの

高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法:

- ・ 開 始 日 年 月 日
- ・ カテーテル留置部位 _____
- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取:

- ・ 摂取の状態 (普通食, 軟食, 流動食, 低残渣食)
- ・ 摂取量 (普通量, 中等量, 少量)

4 便の性状: (下痢, 軟便, 正常), 排便回数 (1日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

| | | |
|-------------------------|----------------------------|-------|
| 赤 血 球 数 | /mm ³ , 血 色 素 量 | g/dl |
| 血 清 総 蛋 白 濃 度 | g/dl, 血 清 ア ル ブ ミ ン 濃 度 | g/dl |
| 血 清 総 コ レ ス テ ロ ー ル 濃 度 | mg/dl, 中 性 脂 肪 | mg/dl |
| 血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度 | mEq/l, 血 清 カ リ ウ ム 濃 度 | mEq/l |
| 血 清 ク ロ ー ル 濃 度 | mEq/l, 血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度 | mEq/l |
| 血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度 | mEq/l | |

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳以上用）

1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 年 月 日

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。

(1) HIV の抗体スクリーニング検査法の結果

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------|-----|-------|--------|
| 判定結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |

注1 酵素抗体法(ELISA), 粒子凝集法(PA), 免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又は HIV 病原検査の結果

| | 検査名 | 検査日 | 検査結果 |
|------------|-----|-------|--------|
| 抗体確認検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |
| HIV病原検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |

注2 「抗体確認検査」とは, Western Blot 法, 蛍光抗体法 (IFA) 等の検査をいう。

注3 「HIV 病原検査」とは, HIV 抗原検査, ウイルス分離, PCR 法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIV に感染していて, エイズを発症している者の場合は, 次に記載すること。

| | |
|-------------|--|
| 指標疾患とその診断根拠 | |
|-------------|--|

注4 「指標疾患」とは, 「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」(厚生省エイズ動向委員会, 1999) に規定するものをいう。

| | |
|------------------------------|-----------|
| 回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活 | 不 能 ・ 可 能 |
|------------------------------|-----------|

3 CD4陽性Tリンパ球数 ($/\mu l$)

| | | |
|-------|----------|----------|
| 検査日 | 検査値 | 平均値 |
| 年 月 日 | $/\mu l$ | $/\mu l$ |
| 年 月 日 | $/\mu l$ | |

注5 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見, 日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

| | | |
|------|----------|----------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 白血球数 | $/\mu l$ | $/\mu l$ |

| | | |
|-----|-------|-------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| Hb量 | g/dl | g/dl |

| | | |
|------|----------|----------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 血小板数 | $/\mu l$ | $/\mu l$ |

| | | |
|----------|---------|---------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| HIV-RNA量 | copy/ml | copy/ml |

注6 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

| |
|-----------------------|
| 検査所見の該当数 [個] ① |
|-----------------------|

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

| 日常生活活動制限の内容 | 左欄の状況の有無 |
|---|----------|
| 1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある | 有・無 |
| 健常時に比し10%以上の体重減少がある | 有・無 |
| 月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く | 有・無 |
| 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある | 有・無 |

| | |
|---|-----|
| 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある | 有・無 |
| 「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある | 有・無 |
| 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である | 有・無 |
| 軽作業を超える作業の回避が必要である | 有・無 |
| 日常生活活動制限の数 [個] …… ② | |

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

| | |
|--------------------------|-----------|
| 回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活 | 不 能 ・ 可 能 |
| CD4陽性Tリンパ球数の平均値 (/μl) | /μl |
| 検査所見の該当数 (①) | 個 |
| 日常生活活動制限の該当数 (②) | 個 |

1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 年 月 日

小児の HIV 感染は、原則として以下の(1)および(2)の検査により確認される。

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV 病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIV の抗体スクリーニング検査法の結果

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------|-----|-------|--------|
| 判定結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |

注1 酵素抗体法 (ELISA), 粒子凝集法 (PA), 免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又は HIV 病原検査の結果

| | 検査名 | 検査日 | 検査結果 |
|------------|-----|-------|--------|
| 抗体確認検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |
| HIV病原検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性, 陰性 |

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot 法, 蛍光抗体法 (IFA) 等の検査をいう。

注3 「HIV 病原検査」とは、HIV 抗原検査, ウイルス分離, PCR 法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

| 検査日 | 年 月 日 |
|-----|-------|
| IgG | mg/dl |

| 検査日 | 年 月 日 |
|--------------------|-----------|
| 全リンパ球数 (①) | / μ l |
| CD4 陽性 T リンパ球数 (②) | / μ l |

| | |
|--|-----------|
| 全リンパ球数に対する CD4 陽性 T リンパ球数の割合 ([②]/[①]) | % |
| CD 8 陽性 T リンパ球数 (③) | / μ l |
| CD 4/CD 8 比 ([②]/[③]) | |

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

| 検査日 | 年 月 日 | 免疫学的分類 |
|-------------------------------|-----------|----------------|
| CD 4 陽性 T リンパ球数 | / μ l | 重度低下・中等度低下・正 常 |
| 全リンパ球数に対する CD 4 陽性 T リンパ球数の割合 | % | 重度低下・中等度低下・正 常 |

注 4 「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」6 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無（既往を含む）について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

| | |
|-------------|--|
| 指標疾患とその診断根拠 | |
|-------------|--|

注 5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」（厚生省エイズ動向委員会，1999）に規定するものをいう。

イ 中等度の症状

| 臨 床 症 状 | 症状の有無 |
|-----------------------------------|-------|
| 30日以上続く好中球減少症 (<1,000/ μ l) | 有・無 |
| 30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl) | 有・無 |
| 30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ μ l) | 有・無 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| 1か月以上続く発熱 | 有・無 |
| 反復性又は慢性の下痢 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎，肺炎又は食道炎 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症 | 有・無 |
| 6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症 | 有・無 |
| 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上） | 有・無 |
| 2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹 | 有・無 |
| 細菌性の髄膜炎，肺炎または敗血症 | 有・無 |
| ノカルジア症 | 有・無 |
| 播種性水痘 | 有・無 |
| 肝炎 | 有・無 |
| 心筋症 | 有・無 |
| 平滑筋肉腫 | 有・無 |
| HIV 腎症 | 有・無 |
| 臨床症状の数 [個] …… ① | |

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

| 臨 床 症 状 | 症状の有無 |
|------------------------------------|-------|
| リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。) | 有・無 |
| 肝腫大 | 有・無 |
| 脾腫大 | 有・無 |
| 皮膚炎 | 有・無 |
| 耳下腺炎 | 有・無 |
| 反復性又は持続性の上気道感染 | 有・無 |
| 反復性又は持続性の副鼻腔炎 | 有・無 |
| 反復性又は持続性の中耳炎 | 有・無 |
| 臨床症状の数 [個] …… ② | |

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

| | 検査日 (第1回) | | 検査日 (第2回) | |
|--------------------------------|------------------------|-----|------------------------|-----|
| | 年 | 月 日 | 年 | 月 日 |
| | 状態 | 点数 | 状態 | 点数 |
| 肝性脳症 | なし・I・II III・IV・V | | なし・I・II III・IV・V | |
| 腹水 | なし・軽度 中程度以上 概ね 0 | | なし・軽度 中程度以上 概ね 0 | |
| 血清アルブミン値 | g/dℓ | | g/dℓ | |
| プロトロンビン時間 | % | | % | |
| 血清総ビリルビン値 | mg/dℓ | | mg/dℓ | |
| 合計点数 | 点 | | 点 | |
| (○で囲む) | 5~6点・7~9点・10点以上 | | 5~6点・7~9点・10点以上 | |
| 肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無 | 有・無 | | 有・無 | |

注1 90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

| | 1点 | 2点 | 3点 |
|-----------|------------|--------------|------------|
| 肝性脳症 | なし | 軽度 (I・II) | 昏睡 (III以上) |
| 腹水 | なし | 軽度 | 中程度以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.5g/dℓ超 | 2.8~3.5g/dℓ | 2.8g/dℓ未満 |
| プロトロンビン時間 | 70%超 | 40~70% | 40%未満 |
| 血清総ビリルビン値 | 2.0mg/dℓ未満 | 2.0~3.0mg/dℓ | 3.0mg/dℓ超 |

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

| | 第1回検査 | 第2回検査 |
|---------------------|-------|-------|
| 180日以上アルコールを摂取していない | ○・× | ○・× |
| 改善の可能性のある積極的治療を実施 | ○・× | ○・× |

3 肝臓移植

| | | | |
|----------|-----|-------|-------|
| 肝臓移植の実施 | 有・無 | 実施年月日 | 年 月 日 |
| 抗免疫療法の実施 | 有・無 | | |

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

| | | | |
|-------------------------|--|-------------|-------|
| 補完的な肝機能診断 | 血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上 | | 有 ・ 無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| | 血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上 | | 有 ・ 無 |
| 検査日 | 年 月 日 | | |
| 補完的な肝機能診断 | 血小板数50,000/mm ³ 以下 | | 有 ・ 無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| | 症状に影響する病歴 | 原発性肝がん治療の既往 | |
| 確定診断日 | | 年 月 日 | |
| 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 | | 有 ・ 無 | |
| 確定診断日 | | | 年 月 日 |
| 胃食道静脈瘤治療の既往 | | 有 ・ 無 | |
| 確定診断日 | | | 年 月 日 |
| 現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染 | | 有 ・ 無 | |
| 最終確認日 | 年 月 日 | | |
| 日常生活活動の制限 | 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある | | 有 ・ 無 |
| | 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある | | 有 ・ 無 |
| | 有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある | | 有 ・ 無 |
| 該当個数 | | | 個 |
| 補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無 | | | 有 ・ 無 |

却下決定通知書

殿

都道府県知事 印
指定都市市長 印
中核市市長 印

年 月 日に申請された身体障害者福祉法による身体障害者手帳交付については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記
(却下の理由)

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に都道府県知事・市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県・市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第3

身体障害者居住地等変更届書

私は、 年 月 日下記のとおり〔居住地氏名〕を変更したので届けます。

年 月 日

氏 名
個人番号

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

記

- 1 新居住地
旧居住地
- 2 新氏名 ()
旧氏名 ()
- 3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

| 手帳番号 | 交付年月日 | 障害名 | 等級 | 児童との続柄 |
|------|-------|-----|-----|--------|
| | 年 月 日 | | 種 級 | |

年 月 日身体障害者手帳記載済

福祉事務所長 印
町 村 長 印

文 書 番 号
年 月 日

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

福祉事務所長 印
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者〔居住地氏名〕変更届があったので通知します。

備考 児童の場合は、2の()内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。不要の文字は抹消すること。

身体障害者居住地等変更通知書

都道府県知事
〔 福祉事務所長 〕 殿
町 村 長

都道府県知事 印
指定都市市長 印
中核市市長 印

下記の者は、 年 月 日をもって転入し 〔 居住地 氏 名 〕 の変更届があったので

受理し、変更処理したので通知します。

なお、更生指導の経過等に関する資料を福祉事務所長・町村長あて送付願います。

記

(旧) 居住地

(旧) 氏 名

生年月日

| | | | |
|------|--|-----------------|--|
| 手帳番号 | | 交付年月日 | |
| 障害名 | | 変更後の 居住地 氏 名 | |

身体障害者手帳交付台帳抹消済 年 月 日
管轄福祉事務所連絡済 年 月 日
更生指導の経過等に関する資料送付済 年 月 日

様式第5

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

住 所

氏 名

続 柄

年 月 日 生

個人番号

15歳未満の

児童の氏名

年 月 日 生

個人番号

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

私は、次のとおり

| |
|---|
| 紛失しましたので 破損し使用に堪えませんでしたので 障害程度が変更しましたので |
|---|

 関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号

(年 月 日交付)

- 備考 1 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 内に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 不要の文字は抹消すること。

様式第6

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所
氏 名

下記の者 のため身体障害者手帳を返還します。

福祉事務所長 殿
町 村 長

記

返還者 住 所
氏 名
個人番号

身体障害者手帳番号
同条交付年月日 年 月 日
障 害 名

文 書 番 号
年 月 日

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

福祉事務所長 印
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。

身体障害者手帳〔 交 付
記載事項変更 〕通知書

保健所長 殿

福祉事務所長 印
町 村 長 印

下記のとおり身体障害者手帳〔 を 交 付
の記載事項が変更 〕されたので、身体障害者福祉法

施行令第〔 第8条第2項
第 1 1 条 〕の規定により通知します。

記

児童氏名 現 年 月 日生
旧

居住地 現
旧

保護者氏名 現 年 月 日生 続柄
旧

居住地 現
旧

身体障害者手帳交付年月日 年 月 日
(変更届受理年月日)

身体障害者手帳番号

障害名及び等級 種 級

身体障害者死亡通知書

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

福祉事務所長
町 村 長
印
印

下記の者について、 年 月 日をもってその死亡が確認されたので通知する。

記

氏 名

居 住 地

生年月日 年 月 日

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 手帳番号 | | 交付年月日 | |
| 障 害 名 | | 死亡年月日 | |

(注) 当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

様式第9

同 意 書

| | |
|---|--|
| 医 師 氏 名 | |
| 医 療 機 関 名 及 び 所 在 地 名 | |
| 担 当 科 目 | |
| <p>法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関開設者 氏 名 ㊟ 医 師 氏 名 ㊟</p> | |