

□1 放送法、放送受信規約により放送受信契約を締結します。

☑2 日本放送協会放送受信料免除基準第1項(6)に該当しますので、申請します。
なお、免除基準に該当する事由が消滅したときは、直ちに、その旨を届けます。
また、下記証明先が該当事由の証明のため必要な確認調査を行うことおよび上記消滅の届け出までの間、日本放送協会が必要に依り行う免除基準に該当する事由の存続確認にに対し回答することに同意します。(受信契約がお済みでない場合にはも／をおつけください。)

お名前 (契約者氏名)	フリガナ
ご住所	〒 印
受信機 所有数	カラー 高画質カラー
	お客様番号
	地域番号
世帯構成員氏名	台白台
	年 齢
	世帯構成員氏名
	年 齢

電 話 ()

<受信機を住所以外の場所に設置した場合はその住所もご記入ください>

* お子様番書：地域番字が不明の場合は空欄でも構いません。

(6) 所得税法または地方税法に規定する特別障害者のうち重度の知的障害者と判定された者を世帯構成員に有し、かつ、世帯を構成するすべての者が市町村民税非課税

上記の者が免除基準に該当することを証明します。

平成 年 月 日

市 区 町 村 長 印

新規
転入
額改定

記号	証書番号	扶養
玉特		

特別
児童扶養手当

☐認定請求書

☐転入届

☐額改定請求書

市区町村受付年月日	受付番号
平成 年 月 日	番

部分については、記入しないでください。

あなたの氏名(カタカナで記入し、濁点も1ますに記入し、姓と名の間を空ける)

生年月日

年号大昭平

年

月

日

男・女

配偶者有・無

埼玉県に転入する前の住所(新規請求の方は1月1日の住所)

あなたの氏名(漢字で記入)

現住所

郵便番号

姓

名

丁・番地・号

外国人の場合の通称名(漢字で記入)

現住所の電話番号

団地・アパート名

姓

名

勤務先の電話番号

勤務先

埼玉県に転入する前の都道府県で受給していた証書記号番号

特第

号

預金通帳番号

支払希望郵便局

郵便局

対象児童の氏名(漢字で記入)

生年月日

年号大昭平

年

月

日

続柄

障害による公的年金

1 受けている

2 支給停止

3 申請中

4 受けていない

年金名

同別居

同居

別居

在学・入所施設・就職先

身障手帳手帳番号

療育手帳

等級

発行者

次回判定年月日

障害名1

身障手帳手帳番号

療育手帳

等級

発行者

次回判定年月日

障害名2(重複の場合)

所得について(市町村担当者が記入)

年分の所得

1月から6月までの申請は前々年の所得を、7月から12月までの申請は前年の所得を記入

控除の種類

障害者-A 障害者-B 障害者-C 障害者-D 障害者-E 障害者-F

氏名

扶養親族

その他の児童数

所得額

特定扶養

老人扶養

障害者

特別障害者

その他の控除

雑損・医療費小規模・配特の合計金額

控除後の所得額

申告有無

請求者

円

配偶者

円

扶養義務者

円

備考

関係書類を添えて上記のとおり請求(届け出)します。

平成 年 月 日

埼玉県知事様

氏名

記名押印に代えて署名することができます。

差額(前県での未払い分)

円

上記の通り相違ありません。平成 年 月 日

市町村長

印

証 明 書 (自動車税 自動車取得税 減免申請用)

A 精神 身体 障害 病 害 者 者 者	住所							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日生	年 齢	歳		
	交付した手帳 (身・療・戦・精)	交付年月日	年	月	日	記号番号 第	号	
		障 害 名 障害程度				級 項	第 款 種	
	障害区分				級の内容 (身のみ)	級の に該当		
	所有する 運転 免許証 の確認 事項	種 類			番 号			
		交付年月日	年	月	日	有効期限	平成 年 月 日	
		免許の条件						
	B 自 障 動 害 車 者 の 等 所 有 者 又 は 運 転 者 が 身 体	所有者	住 所					
氏 名					続 柄			
運 転 者		住 所						
		氏 名			続 柄			
		所有する 運転 免許証 の確認 事項	種 類			番 号		
			交 付 年 月 日	年	月	日	有効期限	平成 年 月 日
自動車の使用目的 (具体的に記入すること。)								
C 者 等 自 動 動 車 の 運 転 時 介 護 者 が 身 体 障 害	住 所							
	氏 名							
	所有する 運転 免許証 の確認 事項	種 類			番 号			
		交 付 年 月 日	年	月	日	有効期限	平成 年 月 日	
	自動車の使用目的 (具体的に記入すること。)							

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

証 明 者
職 氏 名

印

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(肢体不自由用)

(ふりがな) 氏 名		-----										昭和 平成		年 月 日生 (歳)		男・女			
住 所		住所地の郵便番号 (-)		郡 市 町 区 区 村															
① 障害の原因と なった傷病名																			
② 傷病の原因 又は誘因		・先天性 ・後天性(疾病・不慮災・その他)										③ 傷病発生 年 月 日		昭和 平成		年 月 日		・診療録で確認 ・本人の申立て	
④ ③のため 初めて医師 の診断を受 けた日		昭和 平成										年 月 日		・診療録で確認 ・本人の申立て		⑤ 将来再認定 の 要		有 (年後)・無	
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現 症)																			
⑥ 計 測		身 長		cm		血 圧		最大		mmHg		(手(足)関節、手(足)指の切・離断の場合は、 レントゲンフィルム像を図示してください。)							
		体 重		kg				最小		mmHg									
⑦ 切 ・ 離 断		部位	手関節	前腕	肘関節	上腕	肩関節	頸椎	頸関節	足関節	下腿	膝関節	大腿	股関節					
		右																	
		左																	
		切・離断日 平成 年 月 日 創面治癒日 平成 年 月 日																	
		神経・運動障害 断端の痛み 有・無 すく上の関節の異常 有・無 (有の場合は⑧に記入してください)																	
⑧		脊 椎 の 可 動 域										随伴する脊髄・根症状などの臨床症状							
脊 椎 の 障 害		部 位	運動の種類	前 屈	後 屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋										
		頸 部	自 動 的																
			他 動 的																
		胸腰部	自 動 的																
			他 動 的																
⑨		外 観		弛緩性・痙直性・不随意運動性・失調性・強剛性・しんせん性															
		起 因 部 位		脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他(心因性ものと思われる場合は、その旨記載してください)															
麻 痺		種類及びその程度		知覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常) 運動麻痺															
		反 射		上 肢		下 肢		バビンスキー反射				その他の病的反射							
		右																	
		左																	
		そ の 他		排尿障害 有・無 排便障害 有・無 褥創又はその癒痕 有・無															
⑩		人工骨頭・人工関節の装着の状態		部 位						⑪ 握 力		右				左			
		手術日		平成 年 月 日								kg				kg			
⑫		部 位						母 指		示 指		中 指		環 指		小 指			
								屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展			
手(足)指 関節の自 動可動域		中手(足)指節間関節(MP)						右											
								左											
		近位指節間関節(P1P)						右											
		(母指では指節間関節)						左											

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

※補装具の申請には見積書を添付してください。
(無の時=業者名)

受付
印欄

ケース番号

身体障害者更生援護措置申請書

平成 年 月 日

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請者氏名

電話番号

下記の事項について措置願いたいので申請します。

記

1	措置 願 い た い 事 項	ア 補装具 交 付 (補装具の種類→) 修 理 イ 更生医療の給付 () ウ 更生援護施設への入所 () エ その他 ()
2	障害者氏名 生 年 月 日	年 月 日生
3	住 所	埼玉県川口市
4	身体障害者手帳	昭和 年 月 日 交付 第 号 平成
5	障害区分又は障害名	
6	(戦傷病者が申請する場合のみ本欄を記入のこと) 障害年金証書等の番号 第 号 (年 月 日交付)	

課税情報調査承諾書

市が提供する福祉サービス（更生医療および日常生活用具の給付、補装具の交付若しくは修理、入浴サービスの提供）の自己負担額の決定については、前年の税額申告に基づき、資料での確認が原則ですが、下記に承諾をしていただければ、資料の提示は省略できます。

本人承諾（申請本人分同意）

私は、私の課税状況を自己負担額の決定のために、市が調査することに同意します。

氏 名 _____

扶養義務者等承諾

私は、私の課税状況を本人自己負担額決定のために、市が調査することに同意します。

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

日常生活用具
給付
貸与
申請書

平成 年 月 日

(あて先)川口市社会福祉事務所長

申請者

住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

ケース番号			
給付（貸与）を希望する本人について			
氏 名	(性別)	生 年 月 日	(年齢)
	(男・女)	明治・昭和 年 月 日生 大正・平成 (歳)	
給付（貸与）を希望する 用具の名称・形式等			
給付（貸与）を希望する 理由（具体的に）			

(注意) この申請書に、給付（貸与）を受ける者の属する世帯全員の、前年分所得税額又は現年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。

様式中、給付又は貸与の文字は、不要な方を消すこと。

課税情報調査承諾書

市が提供する福祉サービス（更生医療および日常生活用具の給付、補装具の交付若しくは修理、入浴サービスの提供）の自己負担額の決定については、前年の税額申告に基づき、資料での確認が原則ですが、下記に承諾をしていただければ、資料の提示は省略できます。

本人承諾（申請本人分同意）

私は、私の課税状況を自己負担額の決定のために、市が調査することに同意します。

氏 名 _____

扶養義務者等承諾

私は、私の課税状況を本人自己負担額決定のために、市が調査することに同意します。

氏 名 _____

氏 名 _____

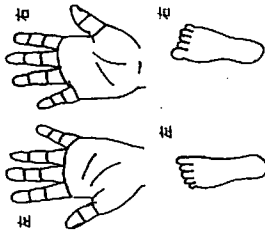
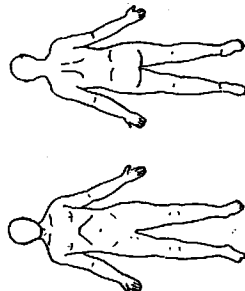
氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

地域差別的監査その他の機能障害の所見（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空間に追加所見記入）

- | | |
|--------------------|--|
| 1. 感覚障害者
(下記図示) | : なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚 |
| 2. 運動障害者
(下記図示) | : なし・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他 |
| 3. 起因部位 | : 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 |
| 4. 排尿・排便機能障害者 | : なし・あり |
| 5. 形骸異常 | : なし・脳・脊髄・四肢・その他 |



左	右
上肢長	cm
下肢長	cm
上腕周徑	cm
前腕周徑	cm
大腿周徑	cm
下腿周徑	cm
握力	kg

×変形  切離断  感電算線  抽盤位置

6. 歩行能力の程度 () (m)
7. 起立位 () (分)
8. 座位 () (可・不可)
9. 動作・活動 () (自立・○、半自助・△、全自助又は不能・×)
() の中のものを使い時はそれに○

使送りする。			シヤップを着て送ぐ。
足を投げ出して座る。			ズボンをはいいて脱ぐ(自助餐)
いすに腰掛ける。			ブラッシで靴を磨く(自助餐)
立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、腰杖、杖具)			顔を洗いタオルでよく。
家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、腰杖、杖具、車いす)			タオルを絞る。
舟や渡船に因る。			背中を洗う。
船せつつの船始末をする。			二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)
(客で)食事をする(メニュー、自助餐)			屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車いす)
チップで水を飲む。			公共の乗り物を利用する。

注：身体障害者福祉法の等量とは機能障害（impairment）のレベルで認定されますので（ ）の中に○がついている場合、原則として自立していないという状態になります。

- 1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腕又は下肢のそれぞれ1/2以上であるが否かを明記すること。
- 2 指の欠損の場合は、各指骨関節面(IP、PIP、DIP)の残存の有無を明記すること。
- 3 上肢6・7・8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：
上肢長：肩峰→桡骨茎状突起
下肢長：上肢屈骨棘→（耻骨）内果
前胸周径：最大周径
大胸周径：隆起骨上線上10cmの周径（小児等の場合は別記）
下胸周径：最大周径
上腕周径：最大周径
下腕周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (この表は必要部分を記入)

[illegible]

考 備

1. 医師可動域は、他動的可動域を原則とする。
2. 医師可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション底学会の指定する表示法とする。
3. 医師可動域の図示は、のように面測に大體を引き、その間隔で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(〃)を大く。
4. 矢印は、肘が肘淵上(肘)の内へ×(〇)印を記入する。又、肘が肘淵下(肘)の外へ×(〇)印を記入する。

○印は、筋力平常（筋力3級相当）
○印は、筋力正常またはやや弱（筋力4、5級相当）
5. (PIP) の項目は指は（IP）筋動を消す。
6. DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に依
じ、備考欄を用いる。
7. 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分
で反復試験等の異常可動はこの部分にはみ出し記入と
なる。



医 学 的 意 見 書					(肢体不自由用)	
氏 名				年 月 日 生	男・女	
住 所		埼玉県 郡 町 村				
障 害 名 ① (部位を明記)						
原因となった ② 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病、先天性、その他 ()				
③ 疾病・外傷発生日		年	月	日	場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)						
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日						
⑤ 障害認定所見		障害程度 (級相当) 軽度/化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月 後)				
⑥ その他参考となる合併症状						
医 療	区 分	一般・更生・育成	期 間	入院 日間・通院 日間 (回)		
	事前・検査 具体的方針 効果					
補装具	新・再・修	名称・効果				
所 見 平成 年 月 日 医師名						

◎ 身体障害者手帳を申請する場合、次の
ものが必要です。

1. 指定医師の診断書

2. 写真 2枚（スナップ写真も可）
〔上半身・たて4㌢×よこ3㌢〕

3. 印 鑑

福祉事務所記入欄		
新	規	再交付

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
① 障害名(部位を明記)		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病、先天性、その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総 合 所 見		
[軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月 後)]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。あわせて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 ㊟		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該当する (級相当) ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

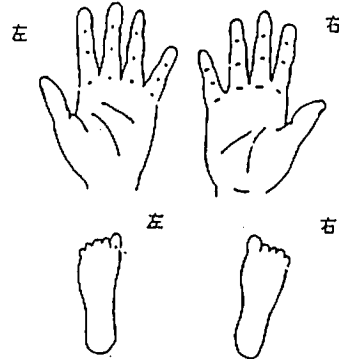
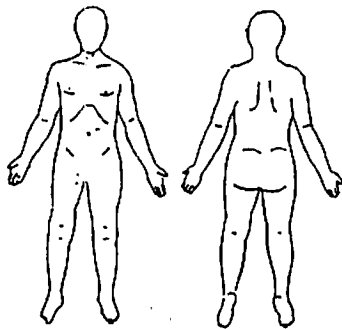
指定医師から診断を受けて下さい

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

1. 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4. 排尿・排便機能障害：なし・あり
5. 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▤運動障害

（注）関係ない部分は記入不要

6. 歩行能力の程度（ ）m
7. 起立位（ ）分
8. 座位（可・不可）
9. 動作・活動 自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-X, ()の中のものを使う時はそれに○

左		右
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

寝返りする	シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る	ズボンをはいて脱ぐ（自動具）	
いすに腰掛ける	ブラッシで歯を磨く（自動具）	
立つ （手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具）	顔を洗いタオルでふく	
家の中の移動 （壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす）	タオルを絞る	
洋式便器に座る	背中を洗う	
排せつの後始末をする	二階まで階段上って下りる （手すり、つえ、松葉づえ）	
（はしで）食事をする（スプーン、自動具）	屋外を移動する（家の周辺程度） （つえ、松葉づえ、車いす）	
コップで水を飲む	公共の乗り物を利用する。	

（注：身体障害者福祉法の等級は機能障害（impairment）のレベルで認定されますので（ ）の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。）

付記事項

1. 筋骨切除本数

本

第1筋骨を（含む、含まない）

注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるかを明記すること。

2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（IP、PIP、DIP）の残存の有無を明記すること。

3 上記6、7、8.の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰—肘骨茎状突起

下肢長：上前脛骨棘—（脛骨）内果

上腕周径：最大周径

前腕周径：最大周径

大腿周径：脛骨上上10cmの周径（小児等の場合は別記）

下腿周径：最大周径

(この表は必要な部分を記入)

備考

注

- 1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
- 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
- 3 関節可動域の図示は  のように両部に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線()を引く。
- 4 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失又は著減(筋力0, 1, 2該当)

△印は、筋力半減（筋力3該当）

○印は、筋力正常又はやや減（筋力4、5該当）

5. (PIP)の項母指は(PIP)関節を指す。
6. DIPその他の対立内外転等の表示は必要に応じ、備考欄を用いる。
7. 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

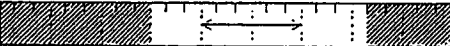
例示

(x) 仰展  屈曲 (Δ)

【診断書作成の際の留意事項】

1. 歩行能力の程度
起立位、座位
補装具、つえ等を使用しない状態で記入してください。
2. 握力値
手指の機能障害の場合、記入してください。
3. ROM、MMT
 - ① 障害のある部位の関節について、いずれか該当する方の検査結果を記入してください。
 - ② ROM
 - ・他動的可動域
 - ・基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法
 - ・図示は、 $\longleftrightarrow$ のように記入（強直の場合は、強直肢位に「線」）
 - ③ MMT
 - ・表（ ）内に×△○を記入
 - × 筋力消失、著減（筋力0、1、2該当）
 - △ 筋力半減（筋力3該当）
 - 筋力正常、やや減（筋力4、5該当）

例示

(×) 伸展  屈曲 (△)

(注) ① 肩関節、股関節に障害がある場合は、すべての運動方向での結果を記入してください。

 - ② ROM
認定に当たっては、すべての方向の可動域で判断
 - ③ MMT
認定に当たっては、各運動方向の平均値（小数点以下を四捨五入）で判断
4. 上下肢の欠損
欠損部を明記してください。
(例 下腿の1/2以上で欠損)
5. 指の欠損
PIP関節（おや指ではIP関節）の残存の有無を明記してください。
6. 障害重複する場合の取扱い
肢体不自由については、一般に障害が重複する場合（各関節の機能障害の重複等）が多いですが、その場合の障害程度等級（参考意見）の記入に当たっては、「第1 総括事項」のP. 16～17を参照のうえ合計指数算定方法により該当すると思われる等級を記入してください。
7. 脳性麻痺等の診断
乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変（具体例 脳性麻痺）によってもたらされた姿勢及び運動の異常についての判定は、原則として「脳原性運動機能障害用」の診断書を使用しますが、検査教示が理解できない乳幼児や精神発達遅滞の者などで「脳原性運動機能障害用」の診断書を使用するのが不適当な場合は、この「肢体不自由用」の診断書を使用してください。

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）の記入に当たって

身体障害者手帳交付事務の、適正・迅速な処理を進めるため、診断書の作成に当たりましては、以下の点に御留意いただきますようお願い申し上げます。

【共通事項】

- 身体障害者福祉法第15条指定医師（肢体不自由）が記入・作成してください。
- 記入に当たっては、ボールペン等容易に消すことができない筆記具を用いて記入・作成してください。（鉛筆書きは認められません。）
- 身体障害者手帳の認定等級は、機能障害に着目して認定します。介護保険が日常生活動作・能力（介護度）に着目して認定していることとは異なります。

【個別事項】

1 総括表（診断書・意見書1頁）について

各欄を漏れなく記入していただくとともに、以下の項目に御留意ください。

（1）診断書部分（○数字は診断書の該当欄を指します。）

① 障害名

障害の部位とその部位の機能障害の状況を明記してください。

② 原因となった疾病・外傷名

肢体不自由の原因となったいわゆる病名であり、障害の分野別に具体的な病名を記入してください。

なお、①と②の記載例としては次のようになります。

	障 害 名	原因となった疾病・外傷名
A	左片麻痺	脳出血
B	右膝関節機能障害	右変形性膝関節症
C	両手指・両手関節・両膝関節機能障害	慢性関節リウマチ
D	四肢麻痺	頸髄損傷
E	両下肢機能障害	腰部脊柱管狭窄症
F	左大腿欠損、左示指・中指・環指欠損	切断
G	両上肢機能障害・移動機能障害	脳性麻痺アテトーゼ型
H	四肢体幹機能障害	脊髄小脳変性症
I	体幹機能障害	パーキンソン病

④ 参考となる経過・現症

傷病の発生から現状にいたる経過、障害認定の参考となる事項について、医学的・具体的に記載する。また、現症については2頁目の状況及び所見に記載された事項から、必要に応じ記入してください。

⑤ 総合所見について

障害の状況についての総合的所見、傷病の発生から現状にいたる経過・現症を通じて、身体障害者としての障害認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載してください。

（2）病院又は診療所の名称から医師氏名の欄

診断した15条指定医師の氏名・押印をお願いします。

また、診断日を必ず記入してください。

(3) 障害の等級意見欄

- ① 障害の程度が法別表に該当するか否かについて、必ず記載してください。
身体障害者福祉法第15条第3項で、「第1項に規定する医師がその身体に障害のある者に診断書を交付するときは、その者の障害が別表に掲げる障害に該当するか否かについて意見書をつけなければならない。」とされています。

- ② 障害程度等級意見についても、併せて付記してください。

また、その根拠を余白に記入するようにしてください。

例えば、右上肢 ○級 (○点)

右下肢 ○級 (○点)

2 肢体不自由の状況及び所見について (診断書・意見書2頁)

各欄とも該当する個所は、必ず記入してください。特に、6から9の事項については、以下の点に御留意ください。

- (1) 歩行能力の程度や座位・起立位を保持できる時間等については、いずれも補装具・杖等を使用しない状態での測定値を記入してください。
- (2) ここに記された程度(数値や記号(×△○))は、次ページの関節可動域や筋力テストの結果と整合すべきものです。整合しない具体的な理由等がある場合には、前ページの⑤総合所見欄又は次ページの備考欄などに、具体的な説明を記載してください。

3 関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) について (診断書・意見書3頁)

各部位の該当する部分について、必ず記入していただきます。

特に等級が機能障害に着目して認定されることに留意していただき、関節可動域の制限や筋力の低下がある場合には、各部位の関節可動域 (←→) 及び筋力テストの結果 (×△○) を漏れなく記入してください。

切断等本欄の記入が不要の場合には、斜線を引くか備考欄にその旨を付記してください。

記入されていない箇所は、正常と判断いたします。

4 その他

歩行等の制限の理由が痛みを主因としている場合、そのみでは手帳認定の対象とはなりません。エックス線写真等により、疼痛が医学的、客観的に証明され、その疼痛が歩行能力等を害していることを証明することが必要になります。必要に応じ、診断書にエックス線写真等の添付をお願いします。

問い合わせ先
埼玉県総合リハビリテーションセンター
障害認定課
☎ 048-781-2222(代)

ゆうりょうどうろ しょうがいしゃわりびきせいど あんない
有料道路における障害者割引制度のご案内について

【(1) 市町村福祉事務所等での受付】

障害者割引を受けるためには、市町村福祉事務所等で事前に登録が必要です。
 登録に必要な書類等は次のとおりです。

項 目	必 要 書 類 等
ETCをご利用にならない場合	①身体障害者手帳又は療育手帳 ②自動車検査証又は軽自動車届出済証 ③運転免許証（障害者ご本人が運転される場合のみ）
ETCをご利用になる場合	①身体障害者手帳又は療育手帳 ②自動車検査証又は軽自動車届出済証 ③運転免許証（障害者ご本人が運転される場合のみ） ④ETCカード（障害者本人名義のもの） ⑤ETC車載器の管理番号が確認できるもの（ETC車載器セットアップ申込書・証明書等）

※この他に要件確認のために別途書類等が必要な場合があります。



【(2) 市町村福祉事務所等での申請及び確認】

- ・「有料道路障害者割引申請書兼ETC利用申請書」（この冊子の11ページに綴じてあります）に必要な事項を記入のうえ、窓口へ提出してください。
 この冊子の4ページ以降に記載されている割引を受ける要件を満たしている場合、手帳に次の①～③を記載させていただきます。
 - ①本割引の対象である旨（本人以外の方の運転が認められる場合はその旨）
 - ②自動車登録番号又は車両番号
 - ③割引有効期限
- ・ETCを利用しての割引を希望される場合は、「ETC利用対象者証明書」（この冊子の13ページに綴じてあります）の発行をあわせて受けてください。

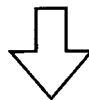
申
請



ETCをご利用になる場合

【(3) 有料道路事業者への登録申込】

- ・発行された「ETC利用対象者証明書」を同時に渡される封筒に入れ、ポストに投函してください。
 （郵便切手（80円）をご用意のうえ貼付してください。）
- ・後日、ETCでのご利用が可能となる日を書面にて通知いたします。（ご利用が可能となる日より前にETCレーンが無線通行されますと割引が適用されず、通常の料金をいただくこととなりますので、ご注意ください。）



【(4) 有料道路のご利用】

- ・事前に登録されたETCカードを、あわせて登録されたETC車載器に挿入し、ETCレーンが無線通行した場合に限り、システム上でデータを確認し、割引処理が行われます。（路側の料金表示器には障害者割引適用後の料金は表示されません。）
- ・係員にETCカードを渡してのお支払いの場合は、係員に手帳を呈示してください。登録されたETCカードでのお支払い時でも手帳の呈示なしでは割引になりませんので、有料道路利用時には常に手帳を携行するようにしてください。

利
用

ETCをご利用にならない場合

【(3) 有料道路のご利用】

- ・料金支払い時に、料金所係員が手帳の記載事項を確認させていただきますので、必要事項が記載されたページを開いて手帳を呈示していただくか、係員に手帳をお渡しください。
 料金所係員が手帳の記載事項等を確認させていただいたうえで割引をいたしますので、確認後に所定の料金をお支払いください。記載事項の要件を満たしていない場合又は記載事項を確認させていただけなかった場合は割引ができませんので予めご了承ください。

「有料道路における障害者割引制度のご案内」

1. 割引制度の内容

全国の有料道路事業者が統一的に実施する有料道路における障害者割引制度の趣旨は、通勤、通学、通院等の日常生活において、有料道路をご利用される障害者の方に対して、自立と社会経済活動への参加を支援するため、有料道路料金について割引措置を講ずることにより支援するものです。

本割引を受けるにあたっては、以下のとおり一定の要件を設けさせていただきます。

本制度の趣旨をご理解いただき、以下に定めるとおりご利用ください。

(1) 対象障害者の範囲

①障害者ご本人が運転される場合

身体障害者手帳の交付を受けているすべての方が対象になります。

②障害者ご本人以外の方が運転され、障害者ご本人が同乗される場合

身体障害者手帳又は療育手帳（以下、「手帳」といいます。）の交付を受けている方のうち、※重度の障害をお持ちの方が対象になります。（重度の障害をお持ちの方がご自分で運転される場合でも対象になります。）

※重度の障害の範囲は、手帳に記載されている「旅客鉄道株式会社旅客運賃減額」の第1種と同じ範囲となります。

（15才未満の重度の身体障害者の方について、その保護者の方が代わって身体障害者手帳の交付を受けている場合は、身体障害者ご本人が乗車されていない場合、割引の対象にはなりません。）

(2) 対象自動車の範囲

以下の①及び②双方の要件を満たす自動車を、事前に登録する必要があります。登録できる自動車は障害者のお方1人につき1台です。

①車種要件について

自動車検査証又は軽自動車届出済証（以下、「自動車検査証等」といいます。）において、以下の事項を満たしていること

【家用・事業用の別】

・「家用・事業用の別／適否」欄に「家用」と記載されているもの（事業用と記載されている場合、対象となります。）のうち、

【乗用自動車】…「用途」欄に「乗用」と記載されているもので、乗車定員が10人以下のもの。（軽自動車も対象となります。）

【貨物自動車】…「用途」欄に「貨物」と記載されているもので、後部座席が設置され乗車定員が4人以上10人以下のものうち、乗車設備と荷台に仕切りがないもの又は乗車設備と荷台が仕切られているもので、最大積載量が500kg以下のもの。

【特種用途自動車】…「用途」欄に「特種」と記載されているものうち、「車体の形状」欄に「乗用移動車」、身体障害者輸送車又はキャンピング車と記載されているもので、乗車定員が10人以下のもの。

【二輪自動車】…総排気量が125ccを超えるもの。

②所有者要件について（自動車検査証等の「所有者の氏名又は名称」欄に記載されている事項）
【所有者の氏名（個人名義のものに限ります。）】

i) 障害者ご本人が運転される場合

・本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等

ii) 障害者ご本人以外の方が運転され、障害者ご本人が同乗される場合

・本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居の親族等

・上記の方が自動車を所有していないときは、障害者本人を継続して日常的に介護している方※割賦購入（ローン）又は長期リース（レンタカー等短期リースは含みません。）により自動車を利用している場合であって、自動車検査証等の「使用者の氏名又は名称」欄に、上記に該当する方の氏名が記載されているものは対象になります。（割賦契約書又はリース契約書をお持ちください。）

③対象とならない自動車

次の自動車は対象になりません。

・割賦購入又は長期リースにより自動車を利用している場合以外であって、自動車検査証等の「所有者の氏名又は名称」欄又は「使用者の氏名又は名称」欄に法人名が記載されているもの。

（法人名義の自動車を個人的に利用している場合も割引の対象になりません。また、福祉施設等が所有する自動車も割引の対象になりません。）

・自動車検査証等の「家用・事業用の別／適否」欄に「事業用」と記載されているもの。

・貨物自動車のうち、後部座席側面の窓がないもの及び目隠しされているもの。

・外見上営業のために使用していることが明らかであるもの。

・その他①及び②の要件双方を同時に満たさないもの。

※レンタカー、タクシー、軽トラック、借用自動車、車検・修理時の代車等も割引の対象となりません。

(3) 割引料金額

通常料金の半額

（ただし、通常の料金を半額にした際に、端数が生じる場合は、ご利用になる有料道路の計算単位により、お支払い額を10円単位又は50円単位で切り上げさせていただきます。）

(4) 割引有効期間

割引有効期間は、新規及び変更の申請時においては、その手続を終了した日からその後の2回目の誕生日までとなります。なお、更新の申請時（割引有効期限の2ヶ月前から割引有効期限の前日における申請）においては、その手続を終了した日からその後の3回目の誕生日（最長2年2ヶ月）までとなります。

(5) 事前登録

割引を受けるためには、手帳を管理している（手帳に住所記載のある市町村等）市町村福祉事務所等において事前に登録が必要です。

なお、手帳及び代理人であることを証する書面（委任状）をもって、代理人による申請を行うことができます。

①当初申請

新規に割引を受ける場合又は割引有効期限を過ぎた後に改めて割引を受ける場合には、新規に割引申請が必要です。また、ETCを利用して割引を受ける場合、あわせてETC利用申請が必要です。

i 割引申請（全ての方が対象となります）

市町村福祉事務所等において、必要事項を記入した「有料道路障害者割引申請書兼ETC利用申請書」（本書11ページ以降）（以下、「申請書」といいます。）を提出し、確認を受けてください。

※申請書のお客控えは大切に保管してください。

障害者割引を受ける要件を満たしている場合は、身体障害者手帳の備考欄又は療育手帳の備考欄へ本割引の対象である旨（本人以外の方の運転が認められる場合はその旨）、自動車登録番号又は車両番号（以下、「自動車登録番号等」といいます。）及び割引有効期限の記載を行います。

●市町村福祉事務所等での申請にあたっては、次の書類等をお持ちください。

ア) 障害者ご本人の手帳

イ) 手帳に自動車登録番号等の記載を受けようとする自動車の自動車検査証等

ウ) 障害者ご本人の運転免許証（障害者ご本人が運転される場合）

※この他に要件確認のため、別途書類等が必要な場合があります。

・委任状…代理人申請の場合

・住民票等…本人、配偶者、直系血族及びその配偶者、兄弟姉妹及びその配偶者並びに同居

の親族等が否か判断する場合

・制賦契約書又はリース契約書…制賦購入又は長期リースにより自動車を利用している場合

ii ETC利用申請（ETCをご利用になる方のみが対象です）

ETC利用の要件として、ETCカード（大口・多頻度割引専用のETCコーポレートカードを除きます。以下同じ。）は名義人が障害者ご本人のもの^{※1}枚に限定されます。また、ETC車載器は手帳に記載された自動車に取り付けられ、当該自動車でセットアップ作業を行ったもの1台に限定されます。（登録されたETCカードを、あわせて登録されたETC車載器に挿入し、ETC無線通行した場合のみ割引が適用されます。）

※未成年の重度の障害者の方で本人以外の方の運転による割引を受け、かつ、障害者ご本人が運転して割引を受けない場合に限り、親権者又は後見人名義のETCカードも対象となります。

ETC利用申請を行った場合、ETC割引有効期限が設定されます。ETC割引有効期限は、手帳に記載されている割引有効期限と同じとなります。ただし、未成年の重度の障害者の方が、親権者又は後見人名義のETCカードを利用する場合で、手帳に記載されている割引有効期限が当該障害者の方の20歳の誕生日を越えて設定されている場合は、当該障害者の方の20歳の誕生日までがETC割引有効期限となります。

その際、引き続きETCでの割引適用を受けようとする場合は、当該障害者本人名義のETCカードに切り替えのうえ、再度ETC利用登録の申請を行う必要があります。

ETC利用申請は、上記i)と同一の申請書において同時に申請することが出来ます。

この場合、上記i)の必要事項に加え、ETC利用に必要な事項を記入した申請書を提出し、「ETC利用対象者証明書」（申請書の3枚目）（以下、「証明書」といいます。）の発行を受けてください。

発行を受けた証明書は、同時に渡される所定の封筒に切手を貼付のうえ有料道路事業者の設置する窓口である有料道路ETC割引登録係（以下、「登録係」といいます。）に郵送してください。登録後、ETC利用が可能となる日を書面にて通知いたします。

※ETCでのご利用が可能となる日（書面にて通知させていただく日）より前に、料金を支払った料金所でETCレーンを通線通行されますと、障害者割引の処理が行われず、通常の料金をいただくことになりますので、ご注意ください。

●市町村福祉事務所等での申請にあたっては、上記i)に必要な書類等に加え、次の書類等をお持ちください。

ア) ご利用されるETCカード（ご利用されるETCカードは、本人名義に限りません。ただし、未成年の重度の障害者の方で本人以外の方の運転による割引を受け、かつ、障害者ご本人が運転しての割引を受けない場合に限り、親権者又は後見人名義のETCカードも対象となります。）

イ) ETC車載器セットアップ申込書・証明書など登録を受けようとする自動車に取り付けられたETC車載器の車載器管理番号が確認できる書類等

②更新申請

割引有効期限を過ぎた後も継続して割引を受けるためには、更新申請が必要です。

更新申請は、割引有効期限の2ヵ月前から割引有効期限の前日まで行うことができます。（同時に登録事項の変更を行うことができます。）更新申請の際にお持ちいただく書類等は、当初申請の際に必要な書類等と同じです。

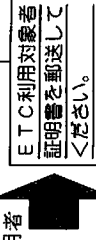
更新申請を行った場合、新たな割引有効期限は申請をした日から3回目の誕生日（最長2年2ヵ月先）となります。更新申請を行わずに割引有効期限を過ぎた場合には、障害者割引は受けられず、通常の料金をいただきますので、ご注意ください。

また、ETC無線通行をご利用される場合、割引有効期限の間近で申請をされると、データ登録の関係上、ETCご利用時の割引が受けられない場合がありますので、必ず割引有効期限の約2週間前までには更新申請を行い、証明書を登録係に郵送してください。

③変更申請

割引有効期限内に下表の事項を変更する場合には、変更申請が必要となります。変更申請の際にお持ちいただく書類等は、当初申請の際に必要な書類等と同じです。

ETCを利用していない場合	・自動車登録番号等 ・自動車の自動車検査証等上の所有者、使用者
ETCを利用している場合	・自動車登録番号等 ・自動車の自動車検査証等上の所有者、使用者 ・ETCカードの名義、番号 ・ETC車載器の管理番号 ・申請者の名前、住所



※変更申請を行った場合、割引有効期限は手続が終了した日から2回目の誕生日となります。

また、ETC無線通行をご利用される場合、登録情報の変更には、証明書の登録係への郵送が必要です。変更申請後にETC利用が可能となる日は、書面にて通知いたします。

※登録情報の変更期間中は、料金所係員に手帳を呈示して料金をお支払いください。書面での変更完了の通知前に、料金支払い料金所でETCレーンを通線通行されたと、障害者割引の処理が行われず、通常の料金をいただく場合があります。

2. 留意事項

次のような場合には、通常の料金をいただくことになりましたので、ご注意ください。

- ① 障害者ご本人の運転が認められている場合で、ご本人が運転していない場合
- ② 障害者ご本人以外の方の運転が認められている場合で、ご本人が乗車されていない場合
- ③ 料金を支払う料金所において、手帳をお見せいただけない、また、割引に必要な記載内容を確認できていない場合

(手帳以外の所持証明書、駐車禁止除外指定車証票等の書類では割引は適用されません。)

④ 手帳に自動車登録番号等及び割引有効期限など必要事項が記載されていない場合

⑤ 手帳に記載されている割引有効期限を過ぎている場合及びETC割引有効期限を過ぎている場合

⑥ 事前に登録されたETCカードを、あわせて登録されたETC車載器に挿入しての通行でない場合(登録されたETC車載器のセットアップ情報が、手帳に記載された自動車と異なる場合は、割引は適用されません。)

⑦ 手帳に記載されていない自動車で行った場合

⑧ レンタカー、タクシー、軽トラック、借用自動車、車検・修理時の代車、営業に利用している自動車などで通行された場合は、割引は適用されません。)

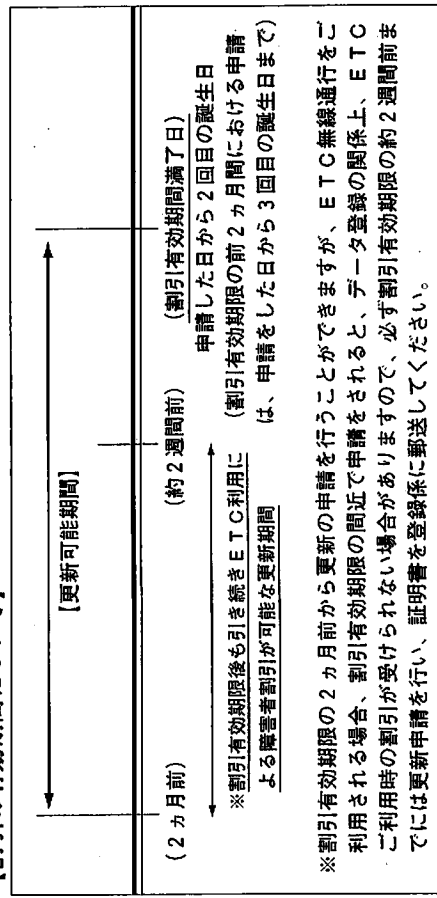
⑨ 手帳の記載内容等が改ざんされている場合

⑩ けん引車両をけん引して通行した場合

⑪ その他有料道路における障害者割引制度の要件を満たさない場合

ETCマイレージサービスなど登録が必要な他の割引については、障害者割引の手続きとは別に、割引ごとにそれぞれ所定の登録手続きが必要となりますのでご注意ください。

【割引の有効期間について】



(8) 利用方法

① ETC以外でご利用の場合(入口(発券)料金所はETCレーンを無線通行し、料金を支払う料金所で係員にETCカードを渡して料金を支払う場合を含みます。)

料金のお支払い時において、料金所係員が手帳の記載事項を確認させていただきまので、下記確認事項が記載されたページを開いて手帳を呈示いただくか、料金所係員に手帳をお渡しください。

料金所係員は、

(ア) 対象者である障害者ご本人が運転していること(障害者ご本人以外の方の運転による割引が認められる場合は障害者ご本人が乗車していること。)

(イ) 手帳に自動車登録番号等が記載された自動車のご利用であること

(ウ) 割引の有効期限内であること

を確認させていただいたうえで割引をいたしますので、確認後に所定の料金をお支払いください。

なお、確認の結果、記載事項の要件を満たしていない場合又は記載事項を確認させていただけなかった場合は、割引ができず、予めご了承ください。

※ 無人の料金所においては、自動収受機に備え付けられている係員呼び出しレバーにより、係員を呼び出してください。事務所内の料金所係員が対応いたします。

② ETC無線通行の場合

事前に登録されたETCカードを、あわせて登録されたETC車載器(手帳に記載された自動車に取り付けられ、当該自動車でセットアップ作業をおこなったもの)に挿入して通行してください。

ETCレーンを無線通行しますと、システム上でデータを確認し、割引処理が行われます。※ 路側の料金表示器・車載器等には障害者割引適用後の料金は表示されません。(実際にご請求させていただく際に、障害者割引適用後の料金となります。)

なお、ETC未整備料金所や点検等によりETCレーンを利用できない場合や通信エラーによりバーが閉かない場合などには料金所係員にETCカードを手渡してのお支払いとなります。

この場合は事前に障害者割引のために登録されているETCカードでのお支払いの場合でも、係員への手帳の呈示が必要となります。(手帳の呈示なしでは割引になりません。このため、有料道路をご利用される際は、必ず手帳を携帯するようにしてください。)

(7) 支払手段

障害者割引を受けようとする場合、料金は、現金、クレジットカード、ETCカード又はハイクウェイカードのうち、ご利用になる有料道路において利用可能な支払手段によりお支払いください。(ハイクウェイカードは平成18年4月1日からご利用を停止させていただきます。)

(8) 違反行為に対する措置

対象である障害者の方が他人に割引を受けさせた場合や虚偽の申請を行った場合は、割引を2年間停止し、割引停止の旨を手帳へ記載します。

また、対象である障害者以外の方が割引を受けた場合は、道路整備特別措置法第26条の規定により、通常料金の他に不法に免れた額の2倍の額を罰増金としてお支払いいただきます。

(9) 対象道路 道路整備特別措置法に基づく有料道路

●有料道路ETC割引登録係における個人情報の取り扱いについて

有料道路ETC割引登録係の運営を行う東日本高速道路株式会社、首都高速道路株式会社、中日本高速道路株式会社、西日本高速道路株式会社及び阪神高速道路株式会社（以下「五会社」といいます。）は個人情報の重要性を認識し、その保護の徹底をはかり、お客様からの信頼を得るために、個人情報保護に関する法律等を遵守するとともに、以下に掲げた事項を基本方針として、お客様の個人情報保護に万全を尽くしてまいります。

(1) 管理のための措置

五会社は、五会社がそれぞれ定める個人情報保護規程にしたがって、情報の適切な取扱いに関する担当者教育の徹底、内部管理体制の構築、運用及びビジネスシステムの安全対策を実施することにより、お客様の情報を厳重保護いたします。

(2) 個人情報の収集

五会社は、ETC走行時における身体障害者等の割引（以下「障害者割引」といいます。）を適用するために、ETC利用対象者証明書等で、氏名、生年月日、住所、電話番号、自動車登録番号、車載器情報、ETCカード番号など、必要な個人情報を収集いたします。

(3) 個人情報の利用及び提供

五会社は、収集したお客様に関する個人情報を次の目的以外には利用いたしません。

①ETC走行時における障害者割引を適用するために利用する場合

②ETC走行時における障害者割引の適用に付随する業務に利用する場合

③道路利用の状況を把握するために、個人を識別できない情報を作成する場合

五会社は、お客様に関する個人情報を、次の場合を除き、お客様ご自身の同意なしに第三者に開示・提供することはありません。

①お客様に所定のサービスを提供するために、お客様のETCカードの発行クレジットカード会社又はETC走行時における障害者割引の適用がある五会社以外の有料道路管理者に必要最低限の情報を提供する場合

②お客様にご了承いただいたうえで第三者に提供する場合

③法令により開示を求められた場合

(4) 個人情報の適正管理

五会社は、ETC走行時における障害者割引の適用に関して、お客様により良いサービスを提供するために、個人情報を正確かつ最新のものに保つよう努力いたします。

五会社は、収集した個人情報がETC走行時における障害者割引の適用に必要ななくなった場合は、速やかに消去または破棄いたします。

五会社は、個人情報の漏えい、滅失、毀損の防止など個人情報の適切な管理を行います。

(5) 個人情報の処理に従事する者の責任

ETC走行時における障害者割引の適用に関して、個人情報の処理を行う職員、あるいは行った職員は、職務上知り得た個人情報の内容をみだりに他人に知らせたり、不当な目的に使用いたしません。

(6) 個人情報の処理に関する外部委託

五会社は、利用目的の範囲内での必要な事務を委託するために事務処理会社に個人情報を提供する場合、個人情報の適正に取扱いされていると認められる委託先を選定し、委託契約等において、個人情報の管理、秘密保持、再提供の禁止等、お客様の個人情報の漏えい等ないように必要な事項を取り決めるとともに、適切な管理を実施させます。

(7) 個人情報の開示とその訂正

五会社は、自らが保有する個人情報ファイルの存在、概要等を明らかにいたします。また、お客様から自らの個人情報の開示のお申し出があったときは、ETC走行時における障害者割引の適用業務の遂行に著しい支障をおよぼす場合は法令に違反することとなる場合を除き、遅滞なくこれをお客様に開示いたします。

五会社は、個人情報の開示を受けたお客様から、開示に係る個人情報ファイル等の訂正等のお申し出があったときは、遅滞なく調査を行い、その結果を当該お客様に対して報告いたします。

(8) 個人情報の保護管理者

五会社は、個人情報を適正に管理するため、個人情報保護管理者を置きます。

個人情報保護管理者は、個人情報を適正に管理するため、各処理等に従事する職員の事務の範囲及びその責任を明確にいたします。

(9) ご意見対応

五会社は、個人情報の利用、提供、開示または訂正等のお申し出に関するご意見、その他個人情報の取扱いに関するご意見に対して、適切かつ迅速な対応に努めます。

(10) お問い合わせについて

お客様の個人情報に関する手続きのお問合せについては、有料道路ETC割引登録係（045-477-1233、受付時間：平日9時～17時）でお受けいたします。

ゆうどうろうしょうがいしゃわりびきんせいしよけん
有料道路障害者割引申請書 兼 ETC利用申請書

太枠内のみご記入ください。（枠からはみ出さないよう丁寧に記入して下さい） 新規・変更・更新

申請年月日	年	月	日
ふりがな			
申請者氏名	生年月日（西暦）	年	月 日
ふりがな			
住所	〒		
日中連絡をとることができる連絡先	電話	()	FAX ()
身体障害者手帳又は療育手帳の番号			
自動車登録番号又は車両番号			
自動車の所有者（注1）	氏名	続柄等	
□本人の運転による割引が認められる場合			
□本人以外の者の運転による割引が認められる場合（本人の運転の場合も割引が適用されます）			
名義（カナ又はローマ字）			
ETCカード番号（注2）			
ETC車載器番号（注3）			

※ETCカードの番号及びETC車載器の管理番号は左詰めで記入してください。

ETC割引有効期限	年	月	日
ETC割引有効期限	年	月	日

【記入上の注意】
（注1）

・自動車検査証又は軽自動車届出済証上の所有者の氏名を記入してください。
・制動契約又は長期の賃貸借契約等により自動車を利用している場合は、自動車検査証又は軽自動車届出済証上の所有者の氏名を記入してください。

・登録番号は申請者との関係の記入してください。（重慶の障害をお持ちの方で、継続して日常的に介護している方の所有する自動車登録番号は「介護者」と記入してください。）

（注2）ETC利用申請をされない方は記入の必要はありません

・名義・番号はETCカードのとおりに記入してください。（障害者本人名義のものに限ります。ただし未成年の重度障害者の方がご本人以外の方の運転による割引の適用を受け、かつ本人の運転による割引の適用を受けない場合に限り、親権者又は後見人名義のものも対象となります。）

・続柄は申請者との関係を記入してください。

（注3）ETC利用申請をされない方は記入の必要はありません

・管理番号は「ETC車載器セットアップ申込書 証明書」とおりに記入してください。

【個人情報の保護】

各有料道路事業者は、ETC利用対象者証明書に記載した登録者の個人情報について、「有料道路ETC割引登録係における個人情報の取り扱いについて」にしたがって、適切に取り扱います。

【通行上の注意】

料金所で料金をお支払いいただく際、料金所係員が身体障害者手帳又は療育手帳の記載事項及び障害者ご本人が運転又は同乗していることを確認させていただきます。

なお、登録されたETCカードを登録された車載器に挿入して無線通行した場合以外のご利用では割引は適用されませんので、ご注意ください。

ETC未登録料金所や点検等によりETCレーンを利用できない場合や通信エラーによりパーが閉かない場合などには料金所係員にETCカードを差し替えてお支払いとなります。この場合は事前に障害者割引のために登録されているETCカードでのお支払いの場合でも、係員への手帳の提示が必要となります。（手帳の提示なしでは割引になりません。）このため、有料道路をご利用の際は、必ず手帳を携帯するようご注意ください。

※その他の注意事項につきましては、「有料道路における障害者割引制度のご案内」の内容を、ご了承のうえ、申請してください。

ETC利用対象者証明書

新規・変更・更新

ふりがな				
申請者氏名	生年月日 (西暦)	年	月	日
ふりがな				
住所	〒			
日中連絡をとることができる連絡先	電話 ()	FAX	()	

自動車登録番号又は車両番号			
自動車の所有者(注1)	氏名	続柄等	

ETCカード	名義 (カナ又はローマ字)												
	番号 (左詰:14~19桁)												

ETC車載器	管理番号 (5桁・8桁・6桁)														
--------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ETC割引有効期限	年	月	日	整理番号											
-----------	---	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記申請者は有料道路における障害者割引措置の対象者であり、上記ETCカードの名義は上記申請者が本措置を受けることが可能な名義であることを証明する。

年 月 日

都道府県

福祉事務所長又は町村長

印

連絡先電話番号 ()
FAX番号 ()

有料道路事業者 使用欄	受入番号			
	受入	入力	照査	確認

様式第1号（第4条関係）

川口市補装具交付・修理自己負担額助成申請書

平成 年 月 日

（あて先）川口市社会福祉事務所長

申請者

住所

氏名 印

電話

対象者との続柄（ ）

川口市補装具交付（修理）自己負担額助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

また、助成される自己負担額の受領について、その権限を下記の業者に委任します。

記

1	身体障害（児）者	住 所		
		氏 名		
		生 年 月 日	年 月 日	男・女
2	身体障害者手帳	手帳番号		
		交付年月日		
		障 害 名		
3	補装具の種類			
4	業 者 名			

補装具給付意見書

(聴覚障害用)

氏 名	大正 昭和 平成		年	月	日生 (歳)
住 所	埼玉県				
身 障 手帳の 障害名	(級)				

1 聴覚障害の状況及び所見

①難聴の種類 (該当欄に○をつけてください)

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

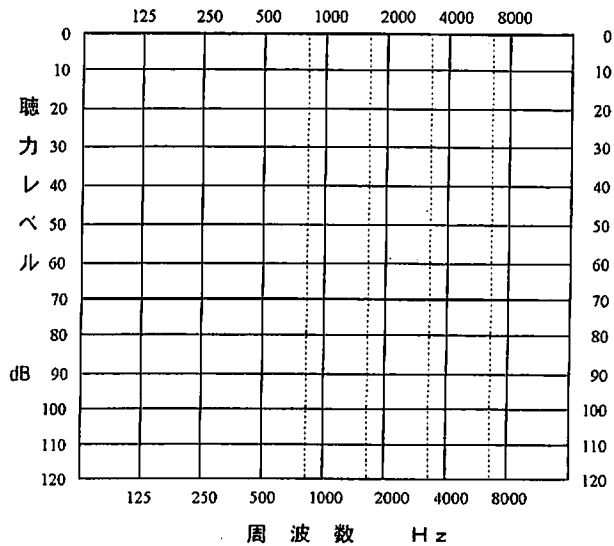
②鼓膜所見・その他

③聴力検査の結果

☐ 聴力 (平均聴力レベル)

右	d B
左	d B

☐ 最良語音明瞭度
(%)



☐ 話言葉による了解度

		右	左
大声	耳介に接して	了	非
話声	耳介に接して	了	非
話声	40cm 離れて	了	非

2 必要と認める補装具 (該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください)

名 称	右	左	使用効果見込・適応理由 *
標準型 箱形			
標準型 耳掛形			
高度難聴用 箱形			
高度難聴用 耳掛形			
イヤモールド			

* 身体障害者福祉法による補聴器の交付には、一定の条件があります。

- ①両耳装用を必要とする場合
 - ②装用耳 90 d B 未満で高度難聴用を適応する場合
 - ③挿耳型・骨導型・FM型等の補聴器を適応する場合 には、その理由を明記し、必要に応じて、比較検査結果を添付してください。
- その他の場合は使用効果について意見を付してください。

上記のとおり身体障害者福祉法による補装具交付 (修理) について、意見を付します。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科
指定医師名

印

療育手帳交付申請書

埼玉県知事 様

平成 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

下記のとおり申請します。

申請事由（該当する項目の数字を○で囲んでください。）

10 新規	11 県内転入（転入元	都道府県）	12 再判定
-------	-------------	-------	--------

本人氏名・住所等

フリガナ	性 別	1 男・2 女
氏 名	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成
住 所	都道 市 町 村	府県
電話番号	コード	()

保護者氏名・住所等

フリガナ	続柄	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
氏 名		5 おじ 6 おば 7 施設長 8 雇用主 9 その他 ()
生年月日	年 月 日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成
住 所	都道 市 町 村	府県
電話番号	コード	()

参考事項

① 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談・診断・判定を受けたことがありますか。
はい () 年 月 頃・場所 ()
いいえ

② 施設に入所していますか。
はい () 就労 2 就学 3 入所 4 通所
施設名 ()
5 いいえ

③ 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
1 はい (1級・2級)
2 申請中 3 いいえ

④ 身体障害者手帳をお持ちですか。
1 はい (手帳番号 都道府県・市 第 号)
2 申請中 3 いいえ

注意事項 記名押印に代えて署名することができます。

県 受 付	判定機関 受 付	受 付
-------	----------	-----

身体障害者手帳交付等申請(届)書

埼玉県知事様 平成 年 月 日

住所

氏名

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由(該当する項目の数字を○で囲んでください)

10 新規申請 11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外) 12 紛失 13 疎隔 14 その他()
居住変更 7 本人(県内での)居住変更 8 保護者居住変更 6 本人(県外から)県内転入 20 本人県外へ転出
氏名変更 15 本人氏名変更 9 保護者(氏名)変更
返還 21 死亡 22 非該当 23 その他(再認定・その他)
本人氏名・住所等 項目番号 6 ~ 9 で手帳作成 0 不要 1 必要

氏名 (姓) (名) 性別 1 男 2 女
生年月日 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日
住所 市 町 村
本籍地 市 町 村
療育手帳 ① 無 1 ② 有 2 ③ 3 ④ 4 ⑤ 5 ⑥ 6 ⑦ 7 ⑧ 8 ⑨ 9 ⑩ 10 ⑪ 11 ⑫ 12 ⑬ 13 ⑭ 14 ⑮ 15 ⑯ 16 ⑰ 17 ⑱ 18 ⑲ 19 ⑳ 20 ㉑ 21 ㉒ 22 ㉓ 23 ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください)
(A) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母 5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他()
(B) 氏名 (姓) (名)
(C) 住所 市 町 村
(D) 住所 1 同居 2 別居 (別居の場合のみ記入)

手帳交付番号等(新規申請以外は記入してください)
手帳交付番号 都道府県・市() 支庁 第 号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日
障害名 等級 種別 (再認定) 平成 年 月

旧住所・旧氏名等(居住地変更、氏名変更、返還の場合は記入してください)
旧住所 旧氏名 変更(返還) 年月日 平成 年 月 日

身体障害者手帳新規・再交付申請決定届(データ記入用紙)

局 長 部 長 課 長 合 議 担 当 起 案 決 裁

処 理 分 区 交付者コード 校 番 交付番号 審議会諮問番号

本人

氏名(漢字) フリガナ 姓 名 性別 生年月日 学籍 住所コード 住所 被爆特 養育 氏名(漢字) フリガナ 姓 名 住所コード 住所

交付・再交付年月日 年 月 日 等級 種別

障害区分・等級 区分 級 区分 級 区分 級

区分 級 区分 級 区分 級 区分 級 区分 級

障 害 名

視 覚 聴 覚 左 右

再 認 定 区分 年 月

管轄福祉 変更返還年月日 年 月 日 転入元 転出先

区分 年 月

通院医療費公費負担 精神障害者保健福祉手帳申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成		年		月		日			
※整理番号	市町村					保健所				
※交付予定年月日	平成		年		月		日			

埼玉県知事様

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
（新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付）
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
（新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付）

※前回障害等級

--

障 害 者 (患 者)	フリガナ											性 男	生 月	明治・大正・昭和・平成						
	氏名 (姓)	(名)										別 女	年 日	年 月 日						
	住所	〒 市 電話 ー ー 埼玉県 郡 町 村																		
家 族 の 連 絡 先	氏名											続 柄	父母・子・配偶者・兄弟 祖父母・親類・同居者・その他							
	住所	〒 市 電話 ー ー 都道 市区 府県 郡 町 村																		
通院医療費の 申請者のみ記入	保 険 の 類	健保（本人・家族） 各種共済（本人・家族） 老保 労災 国保（一般・退職本人・退職家族） 国保組合（本人・家族・従業員） 船員（本人・家族） 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） その他（ ） 保険未加入																		
	通院医療の 医療機関	医療機関名 電話（ ） 所在地																		
既存の患者票	受給者番号											有効期限	平成		年		月 末日			
既存の手帳	手帳番号											有効期限	平成		年		月 末日			
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との 関係	父母・子・配偶者・兄弟・祖父母 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他							
	住所	〒 市 電話 ー ー 都道 市区 府県 郡 町 村																		

- (注) 1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
 2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
 3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
 (1)の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。)
- (1) 医師の診断書
 - (2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し
- 4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
 5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
 6 申請者欄は、次の者が記入してください。
 (1)通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
 (2)精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者
- 7 ☐ 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
 8 ※の欄は記入しないでください。
 9 居住地の市町村に申請してください。

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	年 月 日 生 (歳)	男・女
住所		
① 病名	(1) 主たる精神障害 ICDカテゴリー () (2) 従たる精神障害 ICDカテゴリー () (3) 身体合併症	
② 初診年月日	年 月 日	診療録で確認 本人又は家族の申立て
③ 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)	年 月 日 (推定発病年月ころ)	
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)	⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状等	
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 () (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () (4) 精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他 () (5) 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 () (6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 () (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 () (8) けいれん及び意識障害 1 けいれん 2 意識障害 3 その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () (10) 知的障害 (精神遅滞) 1 知的障害 イ中等度 ウ重度 2 痴呆 イ中等度 ウ重度		

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定してください。)	
(1) 現在の生活環境 入院・入所 (施設名) ・在宅・その他	
(2) 日常生活能力の判定 (各項目ごとに該当するもの一つを○で囲んでください。)	
1 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
2 身辺の清潔保持 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
3 金銭管理と買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
4 通院と服薬 (要・不要) 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
5 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
6 身辺の安全保持・危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
7 社会的手続や公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
8 趣味・娯楽への関心・文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	
(3) □ 日常生活能力の程度 (該当する番号を○で囲んでください。)	
1 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、ときに応じて援助を必要とする。 4 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。	
⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目を○で囲んでください。)	生活訓練施設・福祉ホーム・入所授産施設・通所授産施設・福祉工場 地域生活支援センター・小規模作業所・ホームヘルプ・ショートステイ グループホーム・社会適応訓練事業・その他 ()
⑧ 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
年 月 日	医療機関 所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師氏名 (自署又は記名押印)