　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

**自由記載２**

|  |
| --- |
| 身体障害者手帳交付証明書  都道府県知事・指定都市・中核市市長　印  **固定文言１**  下記の者は、身体障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。  記 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 |  | |
| 住　　所 | |  | | | | | | |
| 保 護 者 | | 氏　名 |  | | | 本人との続柄 |  | |
| 住　所 |  | | | | | |
| 手帳番号 | |  | | | | 交 付 日 |  | |
| 総合等級 | |  | | | | 再交付日 |  | |
| 障害種別 | |  | | | | 返 還 日 |  | |
| 障 害 名 | |  | | | | | | |
|  | 障害部位 | | | 部位等級 | 部位認定日  **自由記載１**  **「障害部位ごとの等級等」に関する項目を、表形式で出力する。** | | | 再認定年月 |
| 1 |  | | |  |  | | |  |
| 2 |  | | |  |  | | |  |
| 3 |  | | |  |  | | |  |
| 4 |  | | |  |  | | |  |
| 5 |  | | |  |  | | |  |
| 6 |  | | |  |  | | |  |
| 7 |  | | |  |  | | |  |
| 8 |  | | |  |  | | |  |
| 9 |  | | |  |  | | |  |
| 10 |  | | |  |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |