

申請者 氏 名	
住 所 美浦村	
生年月日 M T S H	電話番号 029-
(代理人) 氏 名 (続柄 )	
住 所	
電話番号	
障害等の状態  該当するものに 「レ」を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> 身体障害 (身体障害者手帳の身体障害者等級表による等級, 障害名)
	<input checked="" type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能の障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 1級, 2級, 3級, 4級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 2級, 3級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 3級, 5級
	<input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 上肢機能障害 1級, 2級 <input type="checkbox"/> 下肢機能障害 1級, 2級, 3級, 4級, 5級, 6級 <input type="checkbox"/> 体幹機能障害 1級, 2級, 3級 または 5級 <input type="checkbox"/> 脳病変, 上肢機能障害 1級, 2級 <input type="checkbox"/> 脳病変, 移動機能障害 1級, 2級, 3級, 4級, 5級, 6級
	<input checked="" type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害, じん臓機能障害, 呼吸器機能障害, ぼうこう又は直腸機能障害, 小腸機能障害 1級, 3級, 4級 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1級, 2級, 3級, 4級 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 1級, 2級, 3級, 4級
	<input type="checkbox"/> 知的障害 (療育手帳の障害の程度 (総合判定) 「A」および「OA」)
	<input type="checkbox"/> 精神障害 (精神保健福祉手帳の障害等級 1級)
	<input type="checkbox"/> 要介護状態の高齢者 (介護保険被保険者証の要介護状態区分等) 要介護 1・2・3・4・5
	<input type="checkbox"/> 難病患者 (一般特定疾患医療受給者証, 小児慢性特定疾患医療受診券) 疾患名:
	<input type="checkbox"/> 妊産婦 出産(予定)日:平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他( )
	備 考

※以下の手帳等のうち該当するものの写しを添付して下さい。

- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳
- ・精神保健福祉手帳
- ・介護保険被保険者証
- ・一般特定疾患医療費受給者証
- ・小児慢性特定疾患受診券
- ・母子健康手帳
- ・その他 (診断書・意見書・ )

※なお、代理申請の場合には、代理人の本人確認ができるもの (運転免許証, 健康保険証または学生証等) の写しも一緒に添付して下さい。