

障害の状態に関する申告書

この申告書に記載された情報は、「特別支援教育就学援助」給付を申請する際の審査にのみ用いるもので、他の目的に使用されることはありません。特別支援学校への入学・特別支援学級への入級を希望される際には、改めて各学校に入学・入級についてご相談ください。

神戸市長あて

学年： 年 児童生徒名： (生年月日： 年 月 日)

1. 所持する手帳等について ■3つのうち、該当するいずれかの□にチェックを入れ、()内を記入してください。

- 身体障害者手帳・・・障害の等級(種 級) 手帳番号(第 号) 発行者()
交付日 ()
- 療育手帳・・・・・・・障害の程度() 手帳番号(第 号) 発行者()
交付日 () 再交付日 ()
- 手帳なし・・・・・・・必ず診断書または心理検査結果報告書(コピー)等の添付が必要です。
()内に診断名(または診断内容)・医療機関等名・診断日を記入してください。

診断名等() 医療機関等名() 診断日()

※知的障害、身体障害、視覚障害、聴覚障害を示す診断名・診断内容であること。

2. 障害の状態について ■該当する障害項目の□にチェックを入れ、()内を記入してください。

視覚障害

- (1)視力 右() (矯正) 左() (矯正)
- (2)視野障害 あり なし
- (3)光覚障害 あり なし
- (4)視覚補助具等を使用して通常の教科書の文字等を認識できるか。
できる かなりむずかしい できない

聴覚障害

- (1)聴力(平均聴力レベル) 右(dB) 左(dB)
- (2)補聴器等の使用状況 補聴器使用(右・左・両耳) 人工内耳使用 使用なし
- (3)補聴器や人工内耳を使用して通常の話し声が理解できるか。
できる かなりむずかしい できない

肢体不自由

- (1)移動(歩行) ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (2)階段の昇降 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (3)衣服の着脱 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (4)食事(通常食) ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (5)排泄 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない

その他(病気等により、医師の診断に基づく制限がある場合はお答えください。)

- 学習時間の制限 あり(1日 時間程度)
- 運動の制限 あり(具体的に)
- 食事の制限 あり(具体的に)

上記のとおり申告します。身体障害者手帳の交付状況については障害者更生相談所に、療育手帳の交付状況については子ども家庭センターに照会することを同意し、その他申告内容について関係機関への調査・確認が行われることを承諾します。申請内容の虚偽その他特別支援教育就学援助費の支給が不適当と認められる理由により認定が取り消された場合は、認定当初にさかのぼって援助費を返還します。

令和 年 月 日

申請者名： (自署)

上記のとおり申告がありましたので提出します。

令和 年 月 日

就援学校番号

学校名

学校長名

障害の状態に関する申告書

この申告書に記載された情報は、「特別支援教育就学援助」給付を申請する際の審査にのみ用いるもので、他の目的に使用されることはありません。特別支援学校への入学・特別支援学級への入級を希望される際には、改めて各学校に入学・入級についてご相談ください。

神戸市 尾 太郎

身体障害者手帳と療育手帳の両方を持っている場合は、
どちらもチェックし、記入してください。

(生年月日: H24年 10月 11日)

1. 所持する

- 身体障害者手帳(障害の等級(1種2級) 手帳番号(第 999999号) 発行者(神戸市)
交付日 (H31. 4. 3)
- 療育手帳(障害の程度() 手帳番号(第 号) 発行者()
交付日 () 再交付日 ()
- 手帳なし(必ず診断書または心理検査結果報告書(コピー)等の添付が必要です。)

診断名等(※知的障害、身体)

手帳をお持ちでない方は、医師の「診断書」、または「心理検査結果報告書」等、
全領域の発達指数(DQ)もしくは知能指数(IQ)が確認できる書類(コピー可)の
提出が必須です。これらの提出のない申告書では審査ができません。

2. 障害の状態について

視覚障害

- (1) 視力 ()
- (2) 視野障害
- (3) 光覚障害 あり なし
- (4) 視覚補助具等を使用して通常の教科書の文字等を認識できるか。
できる かなりむずかしい できない

療育手帳をお持ちの方で、2. 以下に該当する項目がない場合は、
記入する必要はありません。

聴覚障害

- (1) 聴力(平均聴力レベル) 右(dB) 左(dB)
- (2) 補聴器等の使用状況 補聴器使用(右・左・両耳) 人工内耳使用 使用なし
- (3) 補聴器や人工内耳を使用して通常の話し声が理解できるか。
できる かなりむずかしい できない

肢体不自由

- (1) 移動(歩行) ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (2) 階段の昇降 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (3) 衣服の着脱 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (4) 食事(通常食) ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない
- (5) 排泄 ひとりでできる 介助・補助具があればできる できない

その他(病気等により、医師の診断に基づく制限がある場合はお答えください。)

- 学習時間の制限 あり(1日 時間程度)
- 運動の制限 あり(具体的に)
- 食事の制限 あり(具体的に)

必ず記入(署名)してください。

上記のとおり申告します。身体障害者手帳の交付状況については障害者更生相談所、療育手帳の交付状況については子ども家庭センターに照会することを同意し、その他申告内容について関係機関への調査がなされることを承諾します。申請内容の虚偽その他特別支援教育就学援助費の支給が不適当と認められる理由により認定が取り消された場合は、認定当初にさかのぼって援助費を返還します。

令和 6年 5月 25日

申請者名: 神戸 太郎 (自署)

上記のとおり申告がありましたので提出します。

令和 6年 6月 5日

就援学校番号 0000 学校名 ○○小学校 学校長名 中央 一郎