

身体障害者手帳交付（再交付）申請者 様へ
診断書にこの注意書きを添えて医療機関に提出してください。

身体障害者手帳申請用診断書のご記入上の注意について

身体障害者福祉法第15条による指定医師 様

我孫子市役所 障害福祉支援課

最近、診断書の不備を指摘されて、千葉県から返送されるケースが増えています。次のことについて、再度ご確認の上、本人または家族へお渡しください。

- 1 「氏名・生年月日・住所」の記入漏れ、誤記入はないか。
- 2 障害名については、「～機能障害」等となっているか。
(疾病名は記入しないこと。)
- 3 疾病・外傷発生年月日が、記入漏れ又は不明となっていないか。
(推定でも必ず記入してください。)
- 4 中、障害固定又は障害確定(推定)年月日の記入漏れはないか。
(推定でも必ず記入してください。)
- 5 中、将来再認定の要・不要、再認定の場合は、その年月日の記入漏れはないか。
- 6 診断年月日・障害程度の等級の記入漏れはないか。
等級は、それぞれの診断書様式に示された測定方法等により厳正に検査、診断してください。
- 7 障害別の状況及び所見中、測定データなどの記載必要事項の記入漏れはないか。
- 8 障害認定の時期は正しいか。
「脳血管障害の場合、発症からおよそ3ヶ月を経過しており、障害が固定した状態であるか」
- 9 訂正箇所には、必ず訂正印を押印ください。
- 10 障害の程度に関し、参考意見を記入しているか。また、認定時期は妥当か。
 - ・「肢体不自由の場合、等級により個別等級欄に部位別の等級を記入してください」
 - ・「ぼうこう・直腸機能障害のストーマ増設後6ヶ月を経過していない場合、認定等級として正しいか」

以上、お手数をおかけしますが、よろしく願いいたします。

問い合わせ先 04(7185)1111 内線 350 (福祉サービス担当)
384 (計画・給付担当)