

障 害 証 明 書（名古屋市障害者医療証交付申請用）

障 害 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
障 害 の 状 況	☐ 知 的 障 害	☐ 重 度 （知能指数 35 以下） ☐ 中 度 （知能指数 36～50）
	☐ 自 閉 症 状 群	診断名：
適 要		
	☐ 再 判 定 を 必 要 と す る （ 年 後）	
	☐ 再 判 定 を 必 要 と し ない	
上 記 の と お り 証 明 し ま す 。 令和 年 月 日 所在地 機関名称 氏名 電話番号		

(注)該当する□にレ印をつけてください。