

○身体障害者手帳

住所、氏名、障害名及び障害等級の記載があるページのコピー

(写真のあるページから備考のページまでわかるようにコピーしてください)

身体障害者手帳			
鹿児島県 第 123号			
平成20年 7月 8日交付			
年 月 日再交付			
氏名 鹿児島 太郎			
生年月日 昭和32年 9月 20日生			
鹿児島 県印			
「要再認定」 平成22年8月 鹿児島県			

障害名	身体障害者等級
2級	
脳出血による右上肢の機能の著しい障害(3級)「要再認定平成22年8月」	
脳出血による右下肢の機能の著しい障害(4級)「要再認定平成22年8月」	
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第 1 種 身体障害者	

本人の欄			
現住所	本籍	鹿児島県	
鹿児島県鹿屋市吾平町上名000番地	転入年月日	印	
	***	**	
保護者の欄			
氏名	統柄	現住所	保護者となった年月日

			**

備考			

○療育手帳

住所、氏名及び障害の程度の記載があるページのコピー

(写真のあるページから判定の記録のページまでわかるようにコピーしてください)

写 真	第 号	本 人	判 定 の 記 録
(縦4.0cm×横3.0cmで脱帽して上半身を写したもの)		住 所	障害の程度 総合判定
			合 併 障 害
			(身体障害 級)
			判 定 年 月 日
			次の判定年月日
			判 定 機 関
		保 護 者	判 定 の 記 録
		氏 名 姓 氏 姓 氏 姓 氏	障害の程度 総合判定
		職 業 職 業 職 業 職 業	合 併 障 害
		電 話 番 号 電 話 番 号 電 話 番 号 電 話 番 号	(身体障害 級)
		住 所	判 定 年 月 日
			次の判定年月日
			判 定 機 関
氏名 生年月日 性別		鹿児島県 県印	- 3 -

○精神障害者保健福祉手帳

住所、氏名及び障害等級の記載があるページのコピー

(有効期限のわかるページから写真のページまでわかるようにコピーしてください)

備 考	メ モ	付 交 日 年 月 日	障 害 等 級 級	写 真 貼 付
1. 医療や生活などで相談したいときは、市町村役場、保健所、精神保健福祉センターなどにご相談ください。		有 效 期 限 年 月 日	手 帐 番 号	(縦4cm×横3cmで脱帽して上半身を写したもの)
2. 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。		(更新)	号	
3. この手帳を万一なくしたときは、再交付を申請してください。		(更新)	自立支援医療受給者番号	
4. この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。		(更新)	号	
5. 更新の申請は、有効期限の3か月前から市町村で行うことができます。		(更新)	氏 名	
	鹿 児 島 県 県 印		住 所	
		精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳	生 年 月 日	性 別

○介護保険被保険者証

住所、氏名及び要介護状態区分の記載があるページのコピー

(一) 介護保険被保険者証												
<p>被保険者番号</p> <p>住所</p> <p>フリガナ</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>交付年月日</p>	<p>要介護状態区分等</p> <p>認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>認定の有効期間</p> <p>平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>区分支給限度基準額</p> <p>居宅サービス等</p> <p>平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>月当たり</p> <p>単位</p> <p>サービスの種類</p> <p>種類支給限度基準額</p> <p>(うち種類支給限度)</p> <p>基準額</p> <p>認定審査会の意見及びサービスの種類の指定</p>											
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">4</td> <td style="width: 25%;">6</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </table>		4	6	2	0	1	0	1	0
			4	6	2	0						
			1	0	1	0						
			<p>鹿児島県鹿児島市山下町11-1 (電話)099-216-1277～1280</p>									
			<p>鹿児島市</p>									
												
<p>（印）</p>												

○特定医療費（指定難病）受給者証

住所、氏名及び疾患名（病名）の記載があるページのコピー

特定医療費(指定難病)受給者証										
公費負担者番号										
特定期療費番号										
支給月日										
受 給 者 番 号	フリガナ									
	氏名									
	住所									
	保険者									
	記号及び番号					適用区分				
保 険 者 (GPO)	氏名					被保険者				
	住所									
被 保 険 者	自己負担額 上位額					被保険者本人 負担割合				
	人工呼吸器等装着					高額かつ長期				
	輸血高額扶助									
	被保険者個人に世帯内にいて指定難病又は小児慢性特発疾患医療費助成の対象患者									
貢助期間										
上記のとおり記載する。										
年月日					施設基準知事印					
連絡先一覧					住所及び電話番号					

病名	① ② ③ ④ ⑤		
指定期間	名 称	医療機関コード	初受付月日
各都道府県又は指定都市の指定する難病指定医療機関			

○母子手帳

住所、氏名及び分娩予定日の記載があるページのコピー
(p 1 及び p 4 をコピーしてください)

この欄は手帳を受取ったるすぐに自分で記入してください。

姓 様	氏 様 名	生 年 月 日 (虚 年)	職 業
母 (妊娠)		年 月 日 生 (歳)	
父		年 月 日 生 (歳)	
		年 月 日 生 (歳)	
被 者	電話		
居 住 地	電話		
	電話		

出 生 届 出 濟 証 明

子 の 氏 名	男・女		
出 生 の 場 所	都道府県	市 区 町 村	
出 生 の 年 月 日	年	月	日

上記の者について生年月日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に
上欄に出生届出済の証明を受けてください。

・1・

妊娠自身の記録(1)

ご自身の体調や妊娠健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える
両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠3か月 妊娠日週～妊娠11週 (月 日～月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

妊娠4か月 妊娠12週～妊娠15週 (月 日～月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(山葵も各種検査結果について確認しましょう)。
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年	月	日
この妊娠の初診日	年	月	日
胎動を感じた日	年	月	日
分娩予定日	年	月	日

年齢く女性は、妊娠健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます)。
お読みください。「母妊娠健康指導事項記入カード」を活用しましょう。

—4—