

○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		
「要再認定」	鹿 児 島 県	鹿 児 島 県 印
平成 22 年 8 月		

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	
		転入年月日	印	
鹿 児 島 県 鹿 屋 市 客 平 町 上 名 0 0 0 番 地		***	**	
保 護 者 の 欄				
氏 名	続 柄	現 住 所	保護者となった年月日	印
			***	**

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)

<p style="text-align: center;">写 真                      第                      号</p> <p style="text-align: center;">(縦4.0cm×横3.0cm で脱帽して上半身を写 したもの)</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>性別</p> <p style="text-align: center;">鹿 児 島 県</p> <p style="text-align: right;">交付 再</p>	<p style="text-align: center;">本                      人</p> <p>住 所</p> <p style="text-align: center;">旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第1種・第2種 知的障害者</p> <p style="text-align: center;">保                      護                      者</p> <p>氏 名                      職 業                      電 話 番 号</p> <p>住 所</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">判 定 の 記 録</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">障害の程度 総合判定</td> <td>合併障害</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>(身体障害      級)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">判定年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">次の判定年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">判定機関</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">判 定 の 記 録</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">障害の程度 総合判定</td> <td>合併障害</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>(身体障害      級)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">判定年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">次の判定年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">判定機関</td> </tr> </table>	判 定 の 記 録		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		判 定 の 記 録		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	
判 定 の 記 録																										
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																										
判 定 の 記 録																										
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																										

○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)

<p style="text-align: center;">備                      考</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療や生活などのこと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。</li> <li>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。</li> <li>3. この手帳を万が一なくしたときは、再交付を申請してください。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<p style="text-align: center;">メ                      モ</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<p>交付日                      年                      月                      日</p> <p>有効期限                      年                      月                      日</p> <p>(更新)</p> <p>(更新)</p> <p>(更新)</p> <p>(更新)</p> <p style="text-align: center;">鹿 児 島 県</p> <p style="text-align: center;">鹿 児 島 県 印</p> <p style="text-align: center;">[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]</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">障害等級</td> <td>写真貼付</td> </tr> <tr> <td>級</td> <td>(縦4cm横3cmで 脱帽して上半身 を写したもの)</td> </tr> <tr> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自立支援医療受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>性別</td> </tr> </table>	障害等級	写真貼付	級	(縦4cm横3cmで 脱帽して上半身 を写したもの)	手帳番号		号		自立支援医療受給者番号		号		氏名		住所		生年月日	性別
障害等級	写真貼付																				
級	(縦4cm横3cmで 脱帽して上半身 を写したもの)																				
手帳番号																					
号																					
自立支援医療受給者番号																					
号																					
氏名																					
住所																					
生年月日	性別																				

## 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

要介護状態区分等		
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)	平成 年 月 日	
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 月当たり 単位	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

## 住所、氏名及び疾患名（病名）の記載があるページのコピー

資	品	①	
		②	
		③	
		④	
		⑤	

  

指 定 区 穿 抜 区 間	品	材	標準価額 一円	認定年月日
	各都道府県又は指定都市の指定する融資指定区域協賛			

○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)

この冊は手帳を受け取ったときに自分で記入してください。

子 の 保 護 者	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
	身(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
居住地	電話			
	電話			
	電話			

出生届出済証明

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

上記の者については、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。

妊婦自身の記録(1)

ご自身の体調や妊婦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  
婦

妊娠3か月	妊娠8週～妊娠11週(月 日～月 日)
<p>※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておく心安いです。</p>	
妊娠4か月	妊娠12週～妊娠15週(月 日～月 日)
<p>※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。 ※産期予定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。</p>	

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

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防接種も含みます)が  
あった際は、「妊婦健康診査指導事項連絡カード」を活用しましょう。